DER BEITRAG ANAMNESTISCHER MERKMALE ZUR DIAGNOSTISCHEN DIFFERENZIERUNG DEPRESSIVER SYNDROME

Barbara Blume-Sulz

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545801_0062

Sofortdruck-Center Blasaditsch GmbH & Co KG · Kitzenmarkt 28 · 8900 Augsburg · Tel. (0821) 51 85 63

DER BEITRAG ANAMNESTISCHER MERKMALE ZUR DIAGNOSTISCHEN DIFFERENZIERUNG DEPRESSIVER SYNDROME

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von

Barbara Sulz-Blume

aus

München

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 29.1.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINFÜHRUNG UND THEORIE

2. UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND

2.1 Dokumentation
2.2 Stichprobe
2.3 Untersuchte Merkmale

3. ERGEBNISSE

3.1 Faktorenstruktur der Gesamtstichprobe
3.2 Vergleich der depressiven Diagnosegruppen
3.2.1 Univariate Vergleiche
3.2.1.1 Vergleich zwischen endogener, neurotischer und Involutionsdepression
3.2.1.1.1 Involutionsdepression (ICD-Nr. 296.0)
3.2.1.1.2 Endogene Depression (ICD-Nr. 296.2)
3.2.1.1.3 Neurotische Depression (ICD-Nr. 300.4)
3.2.1.1.4 Vergleich der über 44-jährigen Patienten
3.2.1.2 Vergleich endogen depressiver mit überwiegend depressiv gestimmten schizoaffektiven Patienten
3.2.1.3 Abgrenzung der depressiven Gruppen gegen nicht depressive Gruppen
3.2.2 Vergleich depressiver Diagnosegruppen mit Hilfe von Syndromfaktoren
3.2.2.1 Faktorenanalyse
3.2.2.2 Gruppenvergleich endogen - neurotisch - Involutionsdepression
3.2.2.3 Vergleich zwischen endogener Depression und schizoaffektiver Psychose depressiver Ausprägung
3.2.2.4 Diskriminanzanalytischer Vergleich der drei Diagnosegruppen endogene, neurotische und Involutionsdepression mit Syndromfaktoren

3.2.2.4.1 Einzelsymptome als Prädiktoren
3.2.2.4.2 Syndromfaktoren als Prädiktoren

3.2.3 Der zusätzliche Beitrag anamnestischer Merkmale zur Differenzierung depressiver Diagnosegruppen
3.2.3.1 Faktorenanalyse der anamnestischen Merkmale
3.2.3.2 Anamnese-Faktoren: Vergleich der depressiven Diagnosegruppen
3.2.3.3 Gemeinsame Faktorenanalyse von anamnestischen Merkmalen und Symptomen
3.2.3.4 Beziehungen zwischen Anamnese- und Syndromfaktoren
3.2.3.5 Diskriminanzanalytischer Vergleich der depressiven Diagnosegruppen mit Syndrom- und Anamnesefaktoren als Prädiktoren
3.2.3.6 Diskriminanzanalytischer Vergleich mit Syndromfaktoren und typischen anamnestischen Merkmalen als Prädiktoren
3.2.3.7 Prognostische Bedeutung der traditionellen Krankheitskategorien
3.2.3.8 Diskussion und Zusammenfassung

Anhang: Tabellen A1 bis A16

Verwendete EDV-Programme

Literaturverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Soziographische Merkmale im Vergleich mit der Züricher und der Berliner Stichprobe

Tab. 2 Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen

Tab. 3 Relative Häufigkeiten verschiedener depressiver Erkrankungen in Berlin und München

Tab. 4 Zuordnung von Symptomen zu den Faktoren, die aus 155 Symptomen bei der heterogenen Gesamtstichprobe (N=1199) resultieren

Tab. 5 Abgrenzung der Involution von endogener und neurotischer Depression

Tab. 6 Restsymptomatik am Ende des Klinikaufenthalts. Vergleich endogene - Involutionsdepression

Tab. 7 Abgrenzung der endogenen Depression von neurotischer und Involutionsdepression

Tab. 8 Schweregrad, Klinikaufenthaltsdauer, Besserungswerte. Vergleich zwischen neurotischer, endogener und Involutionsdepression

Tab. 9 Abgrenzung der neurotischen Depression von endogener und Involutionsdepression

Tab. 10 Altersstichprobe: Vergleich neurotisch - endogen - Involutionsdepression

Tab. 11 Vergleich endogene Depression - schizoaffektive Psychose depressiver Ausprägung

Tab. 12 Zuordnung der Symptome zu den 9 Syndromfaktoren der Depressivenstichprobe (N=301)

Tab. 13 Vergleich endogen - neurotisch - Involutionsdepression bei 9 Syndromfaktoren

Tab. 14 Vergleich der Syndromfaktoren zwischen endogener Depression und schizoaffektiver Psychose

Tab. 15 Schrittweise Diskriminanzanalyse endogen - neurotisch - Involutionsdepression. Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe mit Einzelsymptomen als Prädiktoren, verglichen mit Zufallsvariablen

Tab. 16 Diskriminanzanalyse endogen - neurotisch - Involutionsdepression, Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe, Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren

Tab. 17 Diskriminanzanalyse endogen - neurotisch Klassifikationsergebnisse Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren

Tab. 18 6 Anamnese-FAktoren aus 52 Merkmalen Zuordnung der Merkmale zu den Faktoren

Tab. 19 Anamnese-Faktoren im Vergleich der depressiven Diagnosegruppen

Tab. 20 Korrelationen zwischen Syndrom- und Anamnese-Faktoren

Tab. 21 Diskriminanzanalyse endogen - neurotisch - Involutionsdepression Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe. Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren und 6 Anamnese-Faktoren

Tab. 22 Diskriminanzanalyse endogen - neurotisch. Klassifikationsergebnisse Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren und 6 Anamnese-Faktoren

Tab. 23 Diskriminanzanalyse endogen - neurotisch - Involutionsdepression Klassifikationsergebnisse Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren sowie typische Anamnese-Merkmale

Im Anhang befinden sich ab Seite 95:

Tab. A1 Gesamtstichprobe (N=1199): Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

Tab. A2 Einige Klassifikationsvorschläge depressiver Erkrankungen

Tab. A3 Liste und Kodierung der 53 in der Untersuchung verwendeten anamnestischen Merkmale

Tab. A4a Anamnestische Merkmale: Mittelwertsvergleich neurotische, endogene und Involutionsdepression

Tab. A4b Alternativ skalierte anamnestische Merkmale: paarweise Gruppenvergleiche

Tab. A5 Die 77 häufigsten Symptome der Depressivenstichprobe: paarweise Mittelwertsvergleiche

Tab. A6a Anamnestische Merkmale: Vergleich der depressiven mit den nicht-depressiven Diagnosegruppen

Tab. A6b Symptome: Vergleich der depressiven mit den nicht-depressiven Diagnosegruppen

Tab. A7 Altersstichprobe (über 44-Jährige):Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede. Paarweise Gruppenvergleiche endogen - neurotisch - Involutionsdepression

Tab. A8 Gruppenvergleich endogen depressiv - schizoaffektiv Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede

Tab. A9 Merkmale, bei denen die in der gesamten Stichprobe vorhandenen Gruppenunterschiede in der Altersstichprobe verschwinden

Tab. A10 Altersunterschiede (Vergleich der bis 44-jährigen mit den über 44-jährigen Patienten) innerhalb der endogenen und der neurotischen Diagnosegruppe. Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede

Tab. A11 Faktorenanalyse über 155 Symptome. Gesamtstichprobe aller psychiatrischen Diagnosegruppen (N=1199). Eigenwertverlauf der Faktoren

Tab. A12 Varimaxrotierte Faktorladungen ab 0.2 der 155 Symptome auf den 9 Syndromfaktoren bei der Faktorenanalyse der Gesamtstichprobe (N=1199)

Tab. A13 Eigenwertverlauf der Faktoren bei der Faktorenanalyse der Depressivenstichprobe (N=301) mit 77 Symptomen

Tab. A14 Varimaxrotierte Faktorladungen ab 0.2 der 77 Symptome auf 9 Syndromfaktoren bei der Depressivenstichprobe (N=301)

Tab. A15 6 Anamnese-Faktoren aus 52 Merkmalen bei der Depressivenstichprobe
Varimaxrotierte Faktorladungen ab 0.2

Tab. A16 Altersstichprobe (Mindestalter 45 Jahre): Vergleich endogen - neurotisch - Involutionsdepression mit 9 Syndromfaktoren und 6 Anamnesefaktoren

A B S T R A K T U M

Diese Untersuchung versucht mit Hilfe umfangreicher Informationen aus Anamnese, Anfangs- und Endbefund die Symptomatik depressiver Erscheinungen durch solche Syndrommuster zu strukturieren, die auch Daten der Lebens- und Krankengeschichte umfassen. Es wurde außerdem der Beitrag der anamnestischen Daten zur Differenzierung der derzeit international gültigen depressiven Diagnosegruppen (ICD, 8.Revision) untersucht und die prognostische Gültigkeit der traditionellen Klassifikation geprüft. Die in dieser Untersuchung erhaltenen Syndrome entsprechen im wesentlichen denen anderer neuerer Arbeiten. Besonders das apathische Syndrom zeigte sich als brauchbar sowohl zur Unterscheidung der Diagnosegruppen als auch zur Vorhersage der Dauer des Klinikaufenthalts. Der Beitrag anamnestischer Daten bestand lediglich darin, die Involutionsdepression (ICD-Nr. 296.0) durch das Erstmanifestationsalter und die neurotische Depression (ICD-Nr. 300.4) durch Störungen der Familiensituation in der Kindheit zu kennzeichnen und Aufschluß über die voraussichtliche Dauer des Klinikaufenthalts zu geben. Besondere Bedeutung kommt dem Alter der Patienten zu, das sehr viele Unterschiede zu erklären scheint. Wegen der geringen Stichprobengröße (N=301) konnten keine verallgemeinerbaren Aussagen über altershomogene Teilstichproben gemacht werden. Die Untersuchung der prognostischen Gültigkeit der traditionellen Diagnosegruppen konnte hier nur für die Dauer des Klinikaufenthalts und die Restsymptomatik bei Verlassen des Krankenhauses durchgeführt werden. Es zeigte sich nur geringe Vorhersagbarkeit.

1. EINFÜHRUNG UND THEORIE

Die Begriffe "Krankheit" und "Syndrom" stellen die Kernbegriffe dieser Untersuchung dar. Leiber (1975) definiert eine Krankheit als nosologische Einheit, "deren sämtliche Erscheinungen sich einerseits durch eine einheitliche und bekannte, meist von außen her einwirkende Ursache (Ätiologie) sowie andererseits durch eine regelhafte und typische Art der Auseinandersetzung des Organismus mit dieser Ursache (Pathogenese) eindeutig erklären und durch sie auch regelmäßig reproduzieren lassen." Von dieser strengen Definition ausgehend wäre in der Psychiatrie die Zuordnung von Patienten zu nosologischen Einheiten kaum möglich, abgesehen von einigen exogenen und organischen Psychosen. Diese Krankheitsdefinition lag Kraepelins Systematik zugrunde, auf der die heutige Klassifikation der WHO im wesentlichen basiert. Die Bedeutung dieser Klassifikation ist heute umstritten und wird häufig als "praktisch gesehen von geringer Bedeutung und auch wissenschaftlich nicht vorrangig" angesehen (Schulte & Tölle, 1975).

Stattdessen wird mehr der Tatsache Rechnung getragen, daß "Aulösungs- und/oder Gestaltungsfaktoren ganz oder teilweise unbekannt, vieldeutig oder plurikausal sind", indem ein "Ordnungssystem vorläufiger, provisorischer Art" (Leiber, 1975) benutzt wird: das "Syndrom". Bei Bleuler (1972) werden Syndrome als "bloß beschreibende Überbegriffe" bezeichnet, die "Zustandsbilder, vorzugsweise nach jenen hervorstechenden Symptomen, die häufig gemeinsam gefunden werden", benennen.

Die Kritik an der psychiatrischen Nosologie geht vor allem bei nichtpsychiatrischen Autoren noch weiter. Sie stellen die Berechtigung der Begriffe "Symptom", "Syndrom" und "Krankheit" zur Beschreibung psychischer Störungen überhaupt in Frage, indem sie das medizinische Krankheitsmodell als für die Psychiatrie nicht anwendbar betrachten (Szasz, 1960; Ellis, 1967; Sarbin, 1967; Ullmann und Krasner, 1969;

Laing, 1967). Diese Autoren werfen der Psychopathologie vor, daß sie, was zunächst nur heuristisches Denkmodell war, nunmehr als Realität verkenne und damit die Metapher zum Mythos mache. Keupp (1972, 1974) dagegen sieht die derzeitige Psychopathologie-Forschung am Beginn eines typischen Stadiums der Wissenschaftsentwicklung: Bisher geltende Paradigmen, wissenschaftliche Grundanschauungen werden in Frage gestellt, Alternativmodelle geprüft und diskutiert, ohne allerdings schon Eingang in die psychiatrische Praxis gefunden zu haben. Er kritisiert, daß in der Psychopathologie die Zustände "gesund" und "krank" als qualitativ verschieden, ohne kontinuierliche Übergänge, betrachtet würden. Die Einteilung in nosologische Einheiten sieht er zwar als legitimes Instrument zur reinen Deskription bestimmter Störungsformen; sofern den nosologischen Einheiten jedoch nicht nur beschreibende, sondern auch erklärende Funktion im Sinne der oben angegebenen Krankheitsdefinition zugeschrieben wird, findet eine Abbildung der Realität in einem Modell statt. Keupp sieht schon in der Benennung eines Verhaltensaspektes als "Symptom für etwas" keinen deskriptiven sondern einen attributiven Vorgang, so daß uneingestanden auch das "Syndrom" bereits askriptive Bedeutung erlangt.

So wird die psychiatrische Diagnose auch als Etikettierung angesehen, die zur Stigmatisierung des Patienten führt (Goffman, 1967) und damit ihrer eigentlichen Funktion entgegenwirkt,die beste Lösung der psychischen und sozialen Probleme des Patienten zu ermöglichen. Menninger (1963) fordert deshalb den Verzicht auf Zuordnung von Patienten zu nosologischen Gruppen und statt dessen ausführliche Beschreibungen der Probleme des Patienten zu verwenden. Nur damit würde der Einzigartigkeit des individuellen Schicksals Rechnung getragen und nur so könne die jeweils bestmögliche Therapie zur Anwendung kommen.

In der Tat würde ein rein schematisch, nur aus der gestellten Diagnose resultierender Therapieplan nicht optimal sein können, wenn in diese Entscheidung nicht die ganze Fülle an Einzelinformationen aus Anamnese und Befund eingingen. Mit

dieser Feststellung wird aber zugleich der praktische Nutzen der Diagnose in Frage gestellt. Zumal die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen relativ gering ist (Beck, 1962; Schmidt und Fonda, 1963; Zigler und Philips, 1961; Zubin, 1967). In seiner Monographie "The Role of Diagnosis in Psychiatry" setzt sich R.E. Kendell (1975) mit diesen Angriffen auseinander: Obwohl der Diagnose in der Psychiatrie geringere praktische Bedeutung als in den übrigen medizinischen Disziplinen zukommt, eine Einteilung in disjunkte Klassen kaum möglich ist und infolgedessen heute eine grössere Zahl verschiedener Einteilungsprinzipien konkurrieren, des weiteren die Gefahr besteht, daß der Arzt nach der Diagnosestellung statt der Person die Krankheit behandelt und schließlich viele psychiatrische Diagnosen abschätzige Nebenbedeutungen haben, hält Kendell die Diagnose für unentbehrlich: Nicht nur, daß ohne Diagnose epidemiologische Forschung und wissenschaftliche Kommunikation unmöglich wäre, auch die vernünftige Organisation psychiatrischer Dienste würde scheitern. Außerdem sind nach Kendell viele Nachteile der Diagnose zu beheben, sei es durch Aufklärung der Bevölkerung (Stigma), Schulung der Ärzte oder intensive Forschung. Obwohl Entitäten im exakten Sinne Kraepelins in der Psychiatrie nie gefunden wurden, hält Kendell den Begriff der "Krankheitseinheit" auch weiterhin für nützlich und anwendbar, sofern das Kriterium der Diskontinuität erfüllt ist. Dies aber konnte bisher noch bei keiner funktionellen psychiatrischen Störung überzeugend gezeigt werden. Die Bedeutung der Isolierung nosologischer Entitäten sieht Kendell darin, daß bei einem erfolgreichen Versuch die bisher fehlende Übereinstimmung der Diagnosen hergestellt würde, dimensionale Modelle zugunsten von Typologien aufgegeben würden und vor allem auch in der kausalen Kette eine grundlegende Diskontinuität auffindbar sein müßte. Große therapeutische Innovationen wären ebenso die Folge wie weitreichende Veränderungen der Betrachtungsweisen psychischer Erkrankungen und der Forschungsinhalte und -ziele (a.a.O. S.69).

So lange aber ein empirischer Nachweis qualitativ verschiedener psychiatrischer Krankheiten nicht gelingt und lediglich graduelle Unterschiede gefunden wurden, bleibt die Zusammenfassung gemeinsam vorkommender Symptome zu Syndromen nur das "nützliche Konzept" eines Ordnungsversuchs der vielfältigen Erscheinungsformen psychiatrischer Störungen (a.a. O. S.65).

Besonders bei der Klassifikation depressiver Erkrankungen gibt es viele konkurrierende Einteilungsprinzipien, und ihre Zahl nimmt ständig zu. Eine Übersicht gibt Kendell (1976).

Angst (1966) sieht aufgrund seiner eigenen Untersuchungsergebnisse und auch derjenigen von Stenstedt (1959) in der Involutionsdepression keine eigenständige Krankheit, da sie sich von der manisch-depressiven Psychose nur durch das Erstmanifestationsalter unterscheidet. Dagegen fordert er und Perris (1968) die Trennung von zyklischer und periodischer Depression aufgrund unterschiedlicher genetischer Determination, was z.B. von Strömgren (1969) abgelehnt wird.

Kielholz (1969) unterteilt die depressiven Erkrankungen in eine somatogene Gruppe (organische Depression, symptomatische Depression), eine endogene (schizophrene Depression, zyklische Depression, periodische Depression, Involutionsdepression) und eine psychogene Gruppe (neurotische Depression, Erschöpfungsdepression, reaktive Depression).

In der 8. Revision der internationalen Klassifikation der WHO (Degkwitz et al, 1975) werden neben der depressiven Neurose (300.4), der reaktiven depressiven Psychose (298.0), die Involutionsdepression (296.0), die Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression (296.2), im folgenden kurz "endogene Depression" genannt, und die zirkuläre Verlaufsform manisch-depressiver Psychosen (296.3) als Diagnoseeinheiten vorgeschlagen. Weitere Einteilungsprinzipien sind im Anhang Tab. A2 wiedergegeben.

In der gegenwärtigen Literatur sind eher Untersuchungen zu finden, denen dimensionale Modelle zugrunde liegen, wenn auch meist der Versuch gemacht wird, die resultierenden Syndromprofile den nosologischen Kategorien zuzuordnen. Dabei wird geprüft, ob in dem durch die Syndromfaktoren aufgespannten Personenraum Gruppierungen vorhanden sind, die den bekannten Krankheitseinheiten entsprechen. Diskriminanzanalytischen Studien wird eine vorgegebene Gruppeneinteilung zugrunde gelegt und geprüft, wie gut sich diese Einteilung durch eine Linearkombination anamnestischer und klinischer Merkmale reproduzieren läßt. Sie können einmal unter dem Aspekt der Brauchbarkeit eines Merkmalssatzes zur Differenzierung tatsächlich vorhandener Gruppen durchgeführt werden, zum anderen aber auch um die Brauchbarkeit der Gruppeneinteilung zu prüfen. Ergibt eine Diskriminanzanalyse, daß der verwendete Merkmalssatz nicht zwischen den untersuchten Diagnosegruppen unterscheiden konnte, ist dies entsprechend zweifach interpretierbar: entweder der Merkmalssatz war untauglich zur Diskrimination oder die Gruppen sind nicht disjunkt (Reliabilität der Merkmale und der Gruppeneinteilung vorausgesetzt).

Als Prädiktoren für die Diskriminanzanalysen wurden meist Syndromfaktoren verwendet (Baumann, 1974; Kendell, 1968; Prusoff et al, 1974; Hentschel et al, 1976; Wegscheider, 1977).

Bei der Unterscheidung depressiver Untergruppen überwiegen heute Untersuchungen, denen das dimensionale Modell zugrunde liegt. Es wird nach einer bipolaren Dimension gesucht, die endogene bzw. psychotische von reaktiver bzw. neurotischer Depression unterscheidet. Die Patienten werden entlang eines Kontinuums zwischen den beiden Polen angeordnet.

Mendels und Cochrane (1968) und Costello (1970) geben einen Überblick über faktorenanalytische Studien, die einen bipolaren Faktor extrahierten, dessen Pole endogene bzw. reaktive Depression darstellen sollten. Costello beurteilt die Übereinstimmung der Untersuchungsergebnisse als mäßig, stellt aber fest, daß keine markanten Unterschiede bestehen. Der endogene Pol war charakterisiert durch verlangsamtes Denken, starke De-

pressionen, Fehlen von Reaktivität auf Umweltveränderungen, Verlust des Interesses am Leben und durch vegetative Symptome. Der reaktive Pol repräsentierte Selbstmitleid, hysterische Reaktionen, Anorexie und täglich schwankende Symptomatik bei insgesamt milderer Erkrankung.
Dabei kann der reaktive Pol meist nicht als positive Charakterisierung einer depressiven Erkrankung angesehen werden, zumal er bei mehreren Autoren durch Symptome charakterisiert ist, die eher für nicht-depressive Erkrankungen typisch sind und zugleich den Gegenpol von "schwer krank" bilden. Da es sich um ein Kontinuum handelt, ist der Gegenpol von "schwer krank" aber auch als "nicht krank" zu bezeichnen.
Weckowicz (1973) bemängelt an mehreren von Mendels und Cochrane (1968) und Costello (1970) zitierten faktorenanalytischen Studien (Kiloh und Garside, 1963; Carney, Roth und Garside, 1965 und Hamilton und White, 1959), daß sie zu wenig Faktoren extrahierten, diese oft nicht rotierten und dann aus den so erhaltenen bipolaren Faktoren auf die Validität der traditionellen Kategorien "endogene" und "neurotische Depression" schlossen.
In seinem hierarchischen dimensionalen Modell stehen auf der untersten Stufe zwanzig oblique Faktoren erster Ordnung (Schlaflosigkeit; psychomotorische Verlangsamung; Selbstvorwürfe und Suicidtendenzen; Magenbeschwerden; neurotische Angst; Schuld; agitiert; erhöhte Reagibilität des autonomen Nervensystems; Müdigkeit; Tagesschwankungen; Somatisierung; Störung der Sexualfunktionen;Arbeit und Interessen gehemmt; "tränenreiche" Depression; Chronozität; Irritabilität; Zurückgezogenheit; Depersonalisation und zwei nicht interpretierbare Faktoren) mit zum Teil hohen Interkorrelationen. Die nächste Hierarchiestufe bilden 6 Faktoren zweiter Ordnung (somatischer Faktor der gehemmt-apathischen psychotischen Depression; atypische Depression; typische Depression mit Schuldsymptomen; Neurasthenie und zwei Faktoren neurotischer

Reaktionen). An der Spitze der Hierarchie steht ein hypothetischer Generalfaktor der Depression, der nicht erhalten wird, wenn über depressive Stichproben faktorenanalysiert wird, wohl aber bei heterogenen Stichproben. Weckowicz schlägt vor, den ersten Faktor zweiter Ordnung (somatischer Faktor der psychotischen Depression) als Ausdruck einer Krankheit bzw. als Krankheitsprozess im Sinne Kurt Schneiders, die übrigen Faktoren zweiter Ordnung dagegen als Varianten des menschlichen Seelenlebens und Folgen der Persönlichkeitsentwicklung zu interpretieren.

Bereits 1968 war Kendell in ähnlicher Weise vorgegangen. Aus 42 Merkmalen extrahierte er 12 oblique Faktoren erster Ordnung (paranoide Einstellung; frühere psychiatrische Symptomatik; hypochondrische Einstellung; auslösende psychologische Ursache; Antriebsverlust; Zwangsymptome; Anorexie; sprachliche Verlangsamung; Angst und 3 nicht benannte Faktoren). Bei der Faktorenanalyse zweiter Ordnung extrahierte er vier oblique Faktoren (neurotische Erkrankung; psychotische Erkrankung; früher neurotische Symptomatik; Suicidalität). Bei der Faktorenanalyse dritter Ordnung reduzierte sich die Anzahl der Faktoren auf zwei (neurotische Erkrankung; psychotische Erkrankung) und bei der Faktorenanalyse vierter Ordnung verblieb noch ein bipolarer Faktor mit den Polen neurotisch - psychotisch. Da dieser bipolare Faktor keine bimodale Verteilung aufweist, die Anlaß zur Annahme zweier unterschiedlicher depressiver Gruppen gegeben hätte, postulierte er ein eindimensionales Modell, in dem Patienten entlang eines neurotisch-psychotischen Kontinuums angeordnet werden. Er gesteht aber ein, daß dieses eindimensionale Modell (Kendell, 1976) keine Vorzüge gegenüber einem zweidimensionalen Modell (z.B. Eysencks (1970) Psychotizismus-Neurotizismus-Modell) oder etwa einem drei- oder vierdimensionalen Modell hat. Fleiss (1975) weist daraufhin, daß das von Kendell geforderte Kriterium der Bimodalität ein zu grobes Prüfverfahren zum Nach-

weis zweier verschiedener Verteilungen ist, da bei ungleicher Gruppengröße die sich überlappenden unimodalen Verteilungen verschmelzen. Dies war sowohl bei Kendells (1968) bipolarem Faktor dritter Ordnung der Fall als auch bei seinen Diskriminanzfunktionen aus 60 bzw. 42 Variablen. Kendell maß die Güte der Trennung lediglich am Kriterium der Diskontinuität (Bimodalität), ohne die relativ geringe Fehlklassifikation von 39% bzw. 22% zu berücksichtigen. Selbst wenn man wie Ward et al (1962) die Unbrauchkeit der traditionellen diagnostischen Kategorien in weit höherem Maße für Fehlklassifikationen verantwortlich macht als den die Diagnose stellenden Arzt, bleibt ein Klassifikationsergebnis von 78% richtigen Zuordnungen beachtenswert. Ginge es bei der Dichotomisierung depressiver Patienten in die Gruppen endogen-psychotisch und reaktiv-neurotisch nur um ihren heuristischen Wert als vorläufiges, beschreibendes Modell, so wären diese Ergebnisse zufriedenstellend. Die Bestätigung als klinische Entitäten mit erklärendem Anspruch dagegen bleibt aus.

Diskriminanzanalytische Trennungsversuche von endogener und neurotischer Depression im deutschen Sprachraum waren weniger erfolgreich als die von Kendell. Hentschel et al (1976) benutzten 12 Faktoren aus der gemeinsamen Faktorenanalyse der IMPS-Skala von Lorr (1963) und der Symptomliste des AMP-Dokumentationssystems (Angst et al. 1969; Scharfetter, 1972) als Prädiktoren. Da die Faktorenanalyse über eine sehr heterogene Stichprobe gerechnet wurde, war nicht automatisch eine hohe Differenzierungsfähigkeit innerhalb der homogenen Depressiven-Gruppe zuerwarten. Mit einer nichtlinearen Diskriminanzfunktion (Victor, 1971) konnten sie in der Validierungsstichprobe 37% der Patienten nicht richtig den Diagnosegruppen "endogene Depression" (ICD-Nr. 296.2 der 8. Revision) und "depressive Neurose" (ICD-Nr. 300.4) zuordnen. Eine unveröffentlichte Untersuchung von 1066 Patienten der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin (Wegscheider, 1977)

basierte nur auf der Symptomliste des AMP-Systems. Mit ebenfalls 12 Faktoren, die aus der heterogenen Stichprobe gewonnen wurden, mißlang die Klassifikation endogen und neurotischer depressiver Patienten nur in 28% der Fälle. Dieses Ergebnis wurde allerdings mit einer linearen Diskriminanzanalyse erzielt. Zudem war die Stichprobe wesentlich größer (1066 gegenüber 454 Patienten).

Während europäische Autoren vorwiegend die Validität der bestehenden traditionellen Klassifikation prüfen, wird in amerikanischen Arbeiten häufiger nach empirisch auffindbaren Gruppierungen gesucht. Grinker et al (1961) beschrieben die Erscheinungen depressiver Erkrankungen durch Syndrommuster aus fünf Faktoren, die Phänomene der Gefühlsebene erfassen, und 10 Faktoren der Verhaltensebene.

Friedman et al (1963) teilten 170 über 37 Jahre alte psychotisch depressive Patienten in vier Untergruppen:

1.) apathisch, verlangsamt, zurückgezogen
2.) "klassisch" mit Schuld und Verlust der Selbstachtung
3.) "biologisch" mit Appetitverminderung, Obstipation und Schlafstörungen
4.) agitierte, anklammernde oder fordernde hypochondrische Depression

Pichot (1969) berichtet in einer methodenkritischen Arbeit über fünf ähnliche Faktoren, die er bei einer Faktorenanalyse der 33 Fragen des Beck-Pichot-Fragebogens mit einer Stichprobe von 133 Depressiven extrahierte:

1.) vitale Verlangsamung (Verlangsamung, Konzentration, Anstrengung bei der Arbeit, Müdigkeit)
2.) depressive Stimmung (Pessimismus, Unheilbarkeitsgefühl, depressive Stimmung)
3.) Strafbedürfnis (Schuldgefühl, Selbstbestrafung, Selbstanklage, Selbsthaß, Aussichtslosigkeitsgefühl)
4.) somatische Beschwerde (Gewichtsverlust, somatische Beschwerde, Appetitverlust)
5.) Qualvoller "Monoideismus" (Körperschema, "Monoideismus", quälende Zwangsvorstellungen)

Trotz der vielfältigen methodischen Probleme, die mit den clusteranalytischen Verfahren verbunden sind und ihre Interpretation und die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen sehr schwierig macht (vergl. Baumann, 1971; Everitt, 1974) wurden sie mehrfach für Klassifikationsversuche verwendet.
Paykel (1971) erhielt, obgleich er kein hierarchisches Verfahren anwendete eine hierarchische Gruppierung von 165 depressiven Patienten, von denen 65 stationär aufgenommen wurden. Ausgehend von einer Zweiteilung in ältere schwerer kranke und jüngere weniger schwer erkrankte Patienten, wurden die älteren schwerer kranken Patienten aufgeteilt in eine psychotische und eine ängstliche Gruppe. Die jüngeren weniger schwer erkrankten Patienten wurden in eine feindselige und in eine Gruppe von jüngeren Depressiven mit Persönlichkeitsstörungen aufgeteilt.

Ziel der vorliegenden Untersuchung

Wenn es auch nicht gelungen ist, die traditionellen psychopathologischen Kategorien als Entitäten mit explikativer Bedeutung zu bestätigen, so bieten sich beim gegenwärtigen Forschungsstand auch keine überzeugenden Alternativen an, die sie als heuristische Modelle ersetzen könnten. Studien, die ihre Validität prüfen, kommt auch weiterhin einige Bedeutung zu.
Seitdem im deutschpsrachigen Raum in mehreren Kliniken das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP) eingeführt ist, liegen für eine große Zahl von psychiatrischen Patienten zahlreiche Informationen aus der allgemeinen und Krankheitsanamnese, sowie über psychischen und somatischen Befund in relativ leicht zugänglicher Form vor. Es stellt sich daher die Frage, ob unter Ausnutzung dieser Vielfalt von Informationen nicht eine wesentlich bessere Trennung der Diagno-

segruppen erzielt werden kann. Einige Untersuchungen benutzten lediglich die Symptomlisten zum psychischen und somatischen Befund des AMP-Systems (Baumann, 1974; Hentschel et al 1975; Mombour 1973, 1974; Schubö et al 1975; Wegscheider 1977). Die allgemeine und die Krankheitsanamnese (Blatt 1 und 2 des AMP-Systems siehe Scharfetter 1972) wurde nicht berücksichtigt. Aber gerade die Dichotomisierung endogen-reaktiv depressiv verlangt Informationen aus der Anamnese. Der zusätzliche Beitrag der anamnestischen Daten zur Differenzierung der depressiven Diagnosegruppen soll hier untersucht werden.

2. UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND

2.1 DOKUMENTATION

1975 wurde an der Universität München das AMP-System zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (vergl. Scharfetter, 1972) zuerst in einigen Stationen, später in der ganzen Klinik eingeführt. Zunächst wurden nur bei der stationären Aufnahme allgemeine Anamnese, Krankheitsanamnese, psychischer und somatischer Befund mit dem AMP-System dokumentiert. Die Dokumentation psychischer und somatischer Befunde bei Entlassung wurden erst 1976 eingeführt, so daß zum Zeitpunkt dieser Untersuchung 2746 Eingangsbefunde und 1498 Entlassungsbefunde vorlagen.
Besonders das Ausfüllen der AMP-Bögen "Allgemeine Anamnese" und"Krankheitsanamnese" ist für den Arzt eine ungeliebte Pflicht. Seine Motivation, diese Erhebungsbögen vollständig und sorgfältig auszufüllen ist von vorneherein gering, wird aber zusätzlich durch den unübersichtlichen Aufbau dieser Bögen vermindert. Es sind auf engem Raum zu viele verschiedenartige Fragen in sehr unregelmäßiger Form angeordnet. Man merkt, daß das Platzsparen bei der Konstruktion der Bögen einen höheren Stellenwert einnahm als Übersichtlichkeit. Aus unseren Auswertungen geht hervor, daß dies auf Kosten der Zuverlässigkeit der Dokumentation geht. Von ursprünglich 212 aufgenommenen Anamnese-Variablen mußten, um einen reliablen Datensatz zu gewährleisten etwa 40 Variable wieder entfernt werden. Einige typische Fehler seien hier exemplarisch besprochen: Bei 4% der Patienten wurde angekreuzt, daß das Alter bei Heirat unbekannt sei, so daß bei 96% der Bögen eigentlich das Heiratsalter hätte angegeben werden müssen. Dies war aber nur bei 54% ausgefüllt. Diese Frage war demnach nur bei 629 von 1498 Fragebögen korrekt ausgefüllt. Bei "Halbgeschwistern" vergaßen 25% der Ärzte die Frage zu beantworten. Bei der Angabe des Zivilstandes sollten eigentlich

keine Mehrfachankreuzungen durchgeführt werden. Trotzdem wurde z.B. sowohl verheiratet als auch getrennt angekreuzt, was allerdings leicht zu korrigieren war. Auch bei den übrigen anamnestischen Daten waren sowohl unerlaubte Mehrfachankreuzungen als auch Auslaßfehler häufig.
Daraus resultiert, daß nur wenige aus der Fülle anamnestischer Daten als reliables Datenmaterial angesehen werden können. So lange der den Bogen ausfüllende Arzt nicht hinreichend mit dem AMP-System vertraut ist, bzw. die anamnestischen Bögen nicht durch klareren Aufbau die typischen Fehler von vorneherein ausschließen, muß jeder statistischen Auswertung des Dokumentationsmaterials eine zeitraubende Datenanalyse zur Aussonderung unbrauchbaren Materials vorausgehen, und zwar in weitaus größerem Umfang als dies normalerweise erforderlich ist. Wird dieser erste Schritt unterlassen und sofort mit der statistischen Auswertung der anamnestischen Daten begonnen, können lediglich systematisch verzerrte oder rein zufällige Ergebnisse erwartet werden.
Zumindest in Bezug auf die anamnestischen Daten muß gefolgert werden, daß das Ziel der AMP-Dokumentation, mit geringerem Zeitaufwand zuverlässige und vollständige Datensätze der statistischen Auswertung zuführen zu können, für die routinemäßige Anwendung in der Klinik nicht erreicht werden konnte.

2.2 STICHPROBE

In die Stichprobe wurden alle Patienten der Nervenklinik der Universität München aufgenommen, deren AMP-Dokumentationsbögen folgende Kriterien erfüllten:
Stationäre Aufnahme zwischen Oktober 1975 und Juli 1977.
Es mußten folgende Bögen vollständig und richtig ausgefüllt worden sein:

a) Allgemeine Anamnese, Krankenanamnese
b) Psychischer und somatischer Befund zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme
c) Psychischer und somatischer Befund zum Zeitpunkt der Entlassung

Dies war bei 1498 von 2746 Patienten der Fall. Von diesen wurden alle in die Stichprobe aufgenommen, deren Muttersprache deutsch war, so daß letztlich die Daten von 1199 Patienten ausgewertet wurden. Davon waren 787 weiblichen (65.6%) und 412 männlichen (34.4%) Geschlechts. Der Altersbereich lag zwischen 15 und 86 Jahren, das durchschnittliche Alter war 41 Jahre.
Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit früheren Untersuchungen sollen an Hand einer Tabelle die soziographischen Merkmale dieser Stichprobe der von Baumann (1974) beschriebenen Züricher Stichprobe und der von Wegscheider (1977) beschriebenen Berliner Stichprobe gegeübergestellt werden (Tab. 1).

Sowohl Alters- als auch Geschlechtsverteilung unterscheiden sich bei den verschiedenen Kliniken deutlich, was beim später erfolgenden Vergleich der Ergebnisse berücksichtigt werden muß.

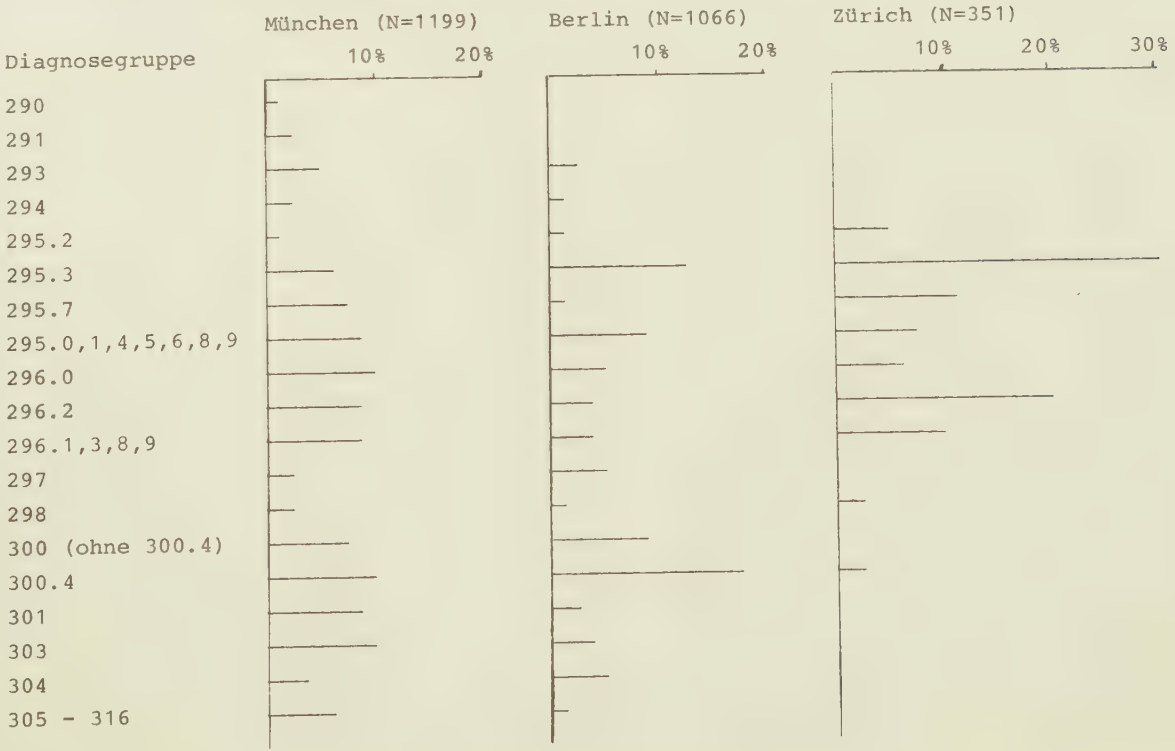
Ein Vergleich der relativen Häufigkeiten der Diagnosen zeigt ebenfalls bedeutende Unterschiede (im Anhang befindet sich) eine Aufschlüsselung je Einzeldiagnose für die vorliegende Untersuchung in Tab. A1)

Aus Tab. 2 und Abb. 1 geht hervor, daß die Züricher Stichprobe die weitaus homogenste darstellt. Die unterschiedliche Heterogenität muß sich aber auf die Dimensionalität des Faktorraumes bei den in den einzelnen Untersuchungen durchgeführten Faktorenanalysen auswirken (Überla, 1968). Im Vergleich von Berlin und München fällt auf, daß bei etwa gleicher Anzahl an depressíven Erkrankungen insgesamt in Berlin dreimal soviel neurotische Depressionen diagnostiziert wurden wie endogene und Involutionsdepressionen, während in München alle drei Diagnosen etwa gleich häufig gestellt wurden (Tab. 3).

Tabelle 3 Relative Häufigkeiten verschiedener depressiver Erkrankungen in Berlin und München (jeweils in Prozent der Gesamtstichprobengröße N).

	München N=1199 %	Berlin N=1066 %
Involutionsdepression (ICD-Nr. 296.0)	10.2	5.0
endogene Depression (ICD-Nr. 296.2)	8.1	4.0
neurotische Depression (ICD-Nr. 300.4)	10.3	17.0
	28.6	26.0

Abbildung 1: Häufigkeiten der Diagnosegruppen in München, Berlin und Zürich
Numerierung nach ICD (8. Revision) vergl. auch Tab. 2 und Tab. A1



Wegen der vergleichsweise großen Homogenität der von Baumann untersuchten Züricher Stichprobe werden Symptome, die charakteristisch sind für nicht erfaßte Diagnosegruppen entweder so selten sein, daß sie aus der Symptomliste gestrichen werden, oder so geringe Varianzen und Kovarianzen aufweisen, daß sie zwischen den untersuchten Patienten nicht differenzieren und keine eigene Merkmalsdimension bei einer Faktorenanalyse bilden.

2.3 UNTERSUCHTE MERKMALE

Im Abschnitt Dokumentation (s.o.) wurde bereits berichtet, daß von den 212 erhobenen anamnestischen Merkmalen aus der allgemeinen und Krankheitsanamnese (AMP-Bogen 1 und 2) zunächst 40 Variablen wegen widersprüchlicher Angaben und weitere 41 wegen mehr als 40% Auslassungen entfernt werden mußten. Für die multivariaten Verfahren wurden nur diejenigen Variablen verwendet, die nicht mehr als 25% Auslassungen (Missing Data) hatten, dies war bei 28 anamnestischen Variablen der Fall. Somit waren für diesen Teil der Untersuchung über 50% der erhobenen anamnestischen Merkmale unbrauchbar, 37% für die Fragestellung irrelevant und 13% (28) verblieben in der Analyse.

Folgende neuen Variablen wurden gebildet:

Trennung vom Partner (Zusammenfassung von geschieden, getrennt, verwitwet)

Berufsausbildung (von 1= angelernt bis 4= Hochschule)

Schulschwierigkeiten (von 2= einmal sitzengeblieben bis 6= Schulbesuch weniger als 6 Jahre)

Berufsschwierigkeiten (von 2= arbeitslos bis 5=beruflicher Abstieg)

Eine vollständige Liste aller 52 anamnestischer Merkmale mit Wertebereich befindet sich im Anhang (Tab. A3). Außerdem wurden zunächst alle psychischen Symptome und von den somatischen die Gruppe der Schlafstörungen, der Appetenzstörungen und der vegetativen Symptome in die Variablenliste aufgenommen, insgesamt 158 Symptome. Die Kodierung der Symptome geht von 1= nicht bzw. fraglich vorhanden oder nicht beurteilbar bis 4= schwer. Von den bei Entlassung der Patienten erhobenen Befunden wurden dieselben Symptome verwendet, wobei hier die drei Fragen zu Intelligenzstörung und Begabungsmangel wegfielen. Der Schweregrad der Erkrankung wurde sowohl als Anzahl der

Symptome als auch als Summe der Symptomausprägungen berechnet.Ein Besserungsquotient BQ wurde wie folgt bestimmt:
Die Summe der Differenzen aus Symptomausprägung bei Einweisung (SYMPT1) minus Symptomausprägung bei Entlassung (SYMPT2) wird durch die Summe der Symptomausprägungen geteilt und in Prozent ausgedrückt:

$$BQ = (((SYMPT1 - SYMPT2))/ SYMPT1)\cdot 100(\%)$$

Außerdem wurde eine tägliche Besserungsrate BR berechnet, wobei der Besserungsquotient BQ durch die Dauer des Klinikaufenthaltes in Tagen geteilt wird:

$$\text{tägl. BR} = \text{BQ/Klinikaufenthalt in Tagen}$$

Somit bestand der ursprüngliche Variablensatz aus

52 anamnestischen Merkmalen
158 Symptomen bei Einweisung
155 Symptomen bei Entlassung
5 Indizes für Schweregrad, Besserung und Dauer des Klinikaufenthalts

Seltene Symptome

Baumann (1974) und auch Kendell (1968) entfernten für die Faktorenanalyse Symptome, die bei weniger als 10% der Patienten auftraten. Die Entfernung seltener Symptome hat den Vorteil, daß die so erhaltene Faktorenstruktur relativ invariant wird gegenüber Veränderungen der Stichprobenzusammensetzung. Damit wird aber in Kauf genommen, daß Merkmalsdimensionen, die sehr kleine Patientengruppen charakterisieren, verloren gehen. Werden z.B. die selten vorkommenden-Zwangssymptome aus der Symptomliste entfernt, so entfällt damit die Möglichkeit, daß die Faktorstruktur eine Dimension "anankastisches Syndrom" enthält. Die erhaltenen Faktoren können nicht beitragen zur Differenzierung der betroffenen Diagnosegruppen von anderen Gruppen.
Bei Mombour et al (1973, 1974), Hentschel et al (1975), Schuboe et al (1975) und Wegscheider (1977) gingen die seltenen Symptome in die Faktorenanalyse ein. Daher können bei Faktoren-

analysen von Stichproben mit anderer Zusammensetzung der Diagnosegruppen weniger eindeutige Bestätigung der von diesen Autoren erhaltenen Faktorstrukturen erwartet werden.

3. ERGEBNISSE

3.1 FAKTORENSTRUKTUR DER GESAMTSTICHPROBE

Für die Gesamtstichprobe (N=1199) wurde über 155 psychische und somatische Symptome eine R-Faktorenanalyse nach dem Hauptkomponentenverfahren mit anschließender Varimaxrotation gerechnet. Es wurden keine seltenen Symptome entfernt, so daß in bezug auf Mittelwerte und Varianz eine erhebliche Heterogenität besteht.

Das Ergebnis soll im Vergleich mit den bisher vorliegenden faktorenanalytischen Untersuchungen des AMP-Systems berichtet werden. Sowohl bei Mombour et al (1973) als auch bei Baumann (1974) ergaben sich neun klinisch interpretierbare Faktoren aus der psychischen und somatischen Befundliste des AMP-Systems. Bei den von v. Zerssen und Mitarbeitern (Hentschel et al 1975, Schubö et al 1975) am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München durchgeführten gemeinsamen Faktorenanalysen von AMP-Befundlisten und der IMPS-Schätzskala (Lorr et al 1963) wurden 13 Faktoren extrahiert. Dabei wurde die Anzahl der extrahierten Faktoren einerseits beeinflußt durch die Variablen der IMPS-Skala, andererseits wohl durch die bessere Vergleichbarkeit mit früheren faktorenanalytischen Studien der IMPS-Skala (Behrends et al, 1971; Jacobi, 1974; Bender, 1974). Dabei waren allerdings nur 12 Faktoren klinisch interpretierbar. Auf diese 12 Faktoren verteilten sich die analysierten AMP-Merkmale. Vier dieser 12 Faktoren erklärten weniger als je 2.5% der Gesamtvarianz (=257). Eine Rotation über weniger Faktoren wäre bei diesen Untersuchungen ebenso angebracht gewesen.

Hier zeigt sich das Dilemma der Faktorenanalysen von so heterogenen Variablensätzen. Ziel der Faktorenanalyse ist es, die im gesamten Variablensatz enthaltene Information von Redundanz zu befreien durch Reduktion der Variablenzahl. Wenn aber, wie in allen vorliegenden Faktorenanalysen des AMP-Systems, die überzufälligen Faktoren nicht einmal 40%

der Gesamtvarianz erklären, so kann keineswegs von einer Beseitigung der Redundanz bei Erhaltung der Information gesprochen werden. Diese Faktoren enthalten eben weniger als 40% der Information, die im ursprünglichen Variablensatz steckte; es geht also weit mehr als die Fehlervarianz verloren. Die Einzelsymptome sind demnach nicht ohne bedeutenden Informationsverlust durch die extrahierbaren Faktoren zu ersetzen.
Will man andererseits durch die Faktorenanalyse nur solche Skalen finden, die zwischen wenigen Diagnosegruppen differenzieren, wie dies die bisherigen Untersuchungen anstrebten, so kann man bessere Resultate erwarten, wenn eine Faktorenanalyse nur mit einer Stichprobe bestehend aus den betreffenden Gruppen mit einem kleineren Variablensatz, der möglichst viel Varianz zwischen den Gruppen ausschöpft, gerechnet wird. Bei der vorliegenden Untersuchung legt der Eigenwertverlauf (vgl. Gaensslen und Schubö, 1975) die Extraktion von 7 bis 9 Faktoren nahe (Tab. A11). Dabei wird aber nur ein Viertel der Gesamtvarianz erklärt. Die durch 13 Faktoren erklärte Varianz war

bei der vorliegenden Untersuchung	32.5%	(mittlere Kommunalität d. Symptome)
MPI München	36.9%	
Berlin (12 Faktoren)	23.9%	

Dies zeigt die insgesamt schlechte Erklärbarkeit der AMP-Symptomliste durch Faktoren. Die spezifische Varianz der Einzelsymptome ist im Vergleich zur gemeinsamen Varianz sehr groß.
Die Faktorenkonfiguration der vorliegenden Untersuchung wurde zunächst über fünfzehn, zwölf, elf und zehn Faktoren rotiert, bevor die 9-Faktorenlösung gewählt wurde (Tab. A12) Dabei blieben neun Faktoren bei allen Rotationen konstant erhalten. Lediglich die varianzschwächsten

Faktoren veränderten sich bei Rotation so stark, daß sie jeweils neue klinische Interpretationen notwendig machten. Die neun rotationsstabilen Faktoren entsprechen zudem jenen neun Faktoren, die wiederholt über andere Stichproben (Zürich, Berlin, MPI München) erhalten wurden (Tab. 4).
In der Reihenfolge der Varianzstärke angeordnet, ergaben sich folgende Interpretationen:

1. Paranoid-halluzinatorisches Syndrom
2. Psychoorganisches Syndrom
3. Depressives Syndrom
4. Manisches Syndrom
5. Somatisch-vegetatives Syndrom
6. Hostilitätssyndrom
7. Apathisches Syndrom
8. Katatones Syndrom
9. Zwangssyndrom

Aus der vorliegenden Untersuchung resultiert dabei die ökonomischste Lösung, da die neun bedeutsamsten Syndrome durch die geringste Faktorenanzahl repräsentiert werden konnten.
Die besondere Stichprobenzusammensetzung bei Baumann (1974) führt zu typischen Veränderungen der Faktorenstruktur: Das Fehlen von neurotischen Patienten mit Zwangssymptomatik führt dazu, daß bei dieser Stichprobe kein Zwangsfaktor durchschlägt. Der im Vergleich zu den übrigen Untersuchungen überproportionale Anteil von Depressiven in der Züricher Stichprobe führt dazu, daß statt einem drei depressive Faktoren hervortreten. Besonders große Übereinstimmung besteht zwischen dem depressiven Faktor der vorliegenden Untersuchung und dem von Mombour et al (1973) beschriebenen depressiven Faktor einerseits und zwischen dem paranoiden Faktor dieser Untersuchung und dem dort beschriebenen paranoid-halluzinatorischen Syndromfaktor andererseits. Die Vergleichbarkeit mit der Stichprobe des MPI München ist eingeschränkt, da dort in einer gemeinsamen Faktorenanalyse die IMPS-Skala die Zahl und Struktur der Faktoren wesentlich beeinflußt hat. Auch kann nicht gesagt wer-

den, ob die relativ gute Erklärbarkeit der Variablen (36.9%) nicht durch die Variablen der IMPS-Skala gegeben ist. Diesen Prozentsatz erhielte man auch, wenn 32% der 167 AMP-Variablen und 46% der 90 IMPS-Variablen erklärt würden.
Die tatsächliche Ähnlichkeit der Faktorstrukturen ist aber nur durch orthogonale Procrustes-Rotation (Schönemann, 1966) mit Bestimmung von Übereinstimmungskoeffizienten möglich. Dazu würde man jedoch den vollständigen Datensatz jeder Stichprobe benötigen oder die Faktorladungsmatrizen mit identischen Variablen über die gleiche Faktorenanzahl.

3.2 VERGLEICH DER DEPRESSIVEN DIAGNOSEGRUPPEN

Zur Untersuchung der Differenzierungsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen depressiven Diagnosegruppen (Klassifikation nach WHO, 8. Revision) wurde eine Teilstichprobe von 301 Patienten herangezogen mit folgender Zusammensetzung:
30 Patienten mit der Diagnose schizoaffektive Psychose (ICD-Nr. 295.7). Von 85 Patienten dieser Diagnosegruppe hatten 30 überwiegend depressive Symptomatik.
103 Patienten mit der Diagnose Involutionsdepression (ICD-Nr. 296.0)
74 Patienten mit endogener Depression (ICD-Nr. 296.2)
11 Patienten in der depressiven Phase der zirkulären Verlaufsform manisch-depressiver Psychosen (ICD-Nr. 296.3)
4 Patienten mit reaktiver depressiver Psychose (ICD-Nr. 298.0)
79 Patienten mit depressiver Neurose (ICD-Nr. 300.4)
Nicht berücksichtigt wurden für diese Gruppenvergleiche diejenigen Patienten, denen eine Nebendiagnose gegeben wurde (vergl. Scharfetter, 1972, S.39). In der obigen Stichprobe nicht enthalten sind wegen Vorhandenseins von mindestens einer Nebendiagnose:
8 Patienten mit schizo-affektiver Psychose (295.7)
19 Patienten mit Involutionsdepression (296.0)
23 Patienten mit endogener Depression (296.2)
4 Patienten mit zirkulärer Verlaufsform manisch-depressiver Psychose (296.3)
8 Patienten mit reaktiver depressiver Psychose (298.0)
45 Patienten mit depressiver Neurose (300.4)
Auffallend ist der hohe Anteil von Mehrfachdiagnosen (36%) bei Patienten mit depressiver Neurose (300.4)
Von den ursprünglich in die Untersuchung aufgenommenen 155 Symptomen wurden die bei dieser Depressiven-Stichprobe bei weniger als 5% der Patienten vorkommenden Symptome entfernt, so daß noch 77 Symptome verblieben (vergl. Tab. A5 im Anhang).

3.2.1. UNIVARIATE VERGLEICHE

Von den sechs depressiven Diagnosegruppen hatten nur 4 genügende Stichprobengröße für statistische Prüfverfahren. Für das Ziel der Untersuchung waren folgende Gruppenvergleiche von Bedeutung:

1. neurotisch-endogen-Involutionsdepression
2. endogen-schizoaffektiv

Die paarweisen Mittelwertvergleiche (vergl. Tab. A4a und Tab. A5) wurden mit dem t-Test für varianzheterogene Stichproben durchgeführt (Dixon,1975). Bei 19 alternativen anamnestischen Merkmalen wurden Gruppenunterschiede durch eine Kontingenztafelanalyse mit dem "exakte Wahrscheinlichkeiten Test" von Fisher (vergl. Siegel, 1956) geprüft (Tab. A4b). Die drei paarweisen Gruppenvergleiche endogen-neurotisch, endogen-Involutionsdepression, neurotisch-Involutionsdepression stellen dabei keine unabhängigen Signifikanzprüfungen im Sinne orthogonaler Vergleiche dar (Hope,1967).
Es wurden nur Gruppenunterschiede interpretiert, die auf dem 1%-Niveau signifikant waren.
Die Ergebnisse der paarweisen Gruppenvergleiche lassen sich wie folgt einteilen:

1. Merkmale, die spezifisch für eine Gruppe sind. Die Gruppe besitzt signifikant stärkere Ausprägungen als die beiden anderen Gruppen bzw. diese Merkmale kommen bei ihr signifikant häufiger vor.
2. Merkmale, bei denen sie sich nur von einer der anderen beiden Gruppen signifikant unterscheidet.
3. Merkmale, die sie gemeinsam mit einer zweiten Gruppe signifikant häufiger bzw. in signifikant stärkerer Ausprägung als die dritte Gruppe besitzt.
4. Merkmale, die die Gruppe in signifikant schwächerer Ausprägung besitzt als die anderen beiden Gruppen bzw. die bei ihr signifikant seltener vorkommen, deren Fehlen oder geringe Ausprägung also charakteristisch für diese Gruppe

ist, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen.
Diese vier formalen Merkmalsklassen lassen sich für jede der drei Diagnosegruppen bilden und zur Abgrenzung von den anderen Gruppen verwenden. Besonders gut zur Differenzierung eignen sich die Merkmalsklassen 1 und 4: spezifisch vorkommende bzw. spezifisch fehlende Merkmale.

3.2.1.1. VERGLEICH ZWISCHEN NEUROTISCHER, ENDOGENER UND INVOLUTIONSDEPRESSION

3.2.1.1.1 INVOLUTIONSDEPRESSION (ICD-Nr. 296.0)

Definitionsgemäß unterscheidet sich das mittlere Lebensalter der Involutionsdepressiven von dem neurotisch und endogen Depressiver. Mit einem mittleren Alter von 61 Jahren sind sie im Durchschnitt um 13 Jahre älter als endogen Depressive (48 Jahre). Aber auch endogen und neurotisch Depressive unterscheiden sich signifikant (vergl. Tab. A4a im Anhang).
Die Altersunterschiede erklären die signifikanten Unterschiede im Familienstand (ledig) und im Zeitraum, seit dem die Patienten keiner Beschäftigung mehr nachgehen.
Neben dem höheren Erstmanifestationsalter (54 Jahre) der Involutionsdepressiven sind die im Vergleich zur endogenen Depression geringere Krankheitsdauer, geringere Anzahl von Personen im Haushalt und das gegenüber neurotisch Depressiven seltenere Vorhandensein früherer psychischer Störungen direkt oder indirekt in der Definition der Krankheitsgruppe enthalten. Als spezifische Merkmale der Diagnosegruppe "Involutionsdepression" lassen sich nur das Lebensalter, das Manifestationsalter und "umständliches Denken" statistisch sichern (vergl. Tab. A4a und Tab. 5). Spezifisch geringe Merkmalsausprägungen waren ebenfalls nicht zu sichern, d.h. es gibt keine Merkmale, die bei neurotisch und endogen Depressiven gemeinsam signifikant häufiger oder stärker ausgeprägt vorkommen als bei Involutionsdepressiven.
Dies bedeutet, daß die Involutionsdepression sich weder durch den klinischen Befund noch durch anamnestische Daten als eigenständige Krankheitsgruppe identifizieren läßt. Ihr Charakteristikum ist die späte Erstmanifestation und infolgedessen das hohe Durchschnittsalter. Außerdem haben sie signifikant weniger psychisch gestörte Verwandte 1.Grades, als die endogen

Depressiven. Gemeinsam mit der neurotischen Depression ist der Involutionsdepression nur die im Vergleich zur endogenen Depression höhere Anzahl an Ersterkrankungen (53% und 39% gegenüber nur 15% bei endogener Depression). Im klinischen Befund finden sich keine Symptome, die sowohl bei neurotisch als auch bei Involutionsdepressiven signifikant stärker ausgeprägt sind als bei endogen Depressiven. Dagegen lassen sich endogene und Involutionsdepression als gemeinsame Gruppe durch zahlreiche Merkmale von der neurotischen Depression abgrenzen (siehe Tab.5), wobei die endogen Depressiven die stärkeren Ausprägungen bei den Störungen "antriebsgehemmt","affektstarr" und "Denken verlangsamt" aufweisen und sich häufiger "abends besser" fühlen. Die Restsymptomatik (ausgedrückt als Summe der Symptomausprägungen) am Ende des Klinikaufenthaltes ist bei Involutionsdepressiven etwas höher als bei endogen Depressiven (Tab.8).
Zum Teil können diese bestehen bleibenden Symptome als altersbedingte psychoorganische Störungen angesehen werden. Doch sind die Unterschiede zu den endogen Depressiven bei der Störung der Vitalgefühle und der abendlichen Verbesserung des Befindens am ausgeprägtesten (Tab.6).

3.2.1.1.2 ENDOGENE DEPRESSION (ICD-Nr. 296.2)

Im klinischen Befund unterscheiden sich die Patienten mit der Diagnose "endogene Depression" von den Patienten der anderen beiden Gruppen dadurch, daß sie meist die schwerere Symptomatik aufweisen (Tab.7). Außer der längeren Krankheitsdauer (im Mittel intermittierend seit über 8 Jahren) sind bei ihnen besonders Insuffizienz- und Schuldgefühl, Gefühl der Gefühllosigkeit, der Hoffnungslosigkeit und der Trauer, Antriebsarmut, gehemmtes Denken und Müdigkeit stärker ausgeprägt als bei den Patienten, die den beiden anderen Diagnosegruppen zugeordnet wurden. Die Zahl der Ersterkrankungen ist sehr gering. Sie sind signifikant ängstlicher als neurotisch Depressive und haben mehr psychisch gestörte Verwandte 1.Grades als Involutionsdepressive. In bezug auf den Schweregrad der Erkrankung, ausgedrückt als Summe der Symptomausprägungen läßt sich eine Rangordnung bilden von den am schwersten erkrankten Patienten der endogenen Gruppe über die Involutionsdepressiven zur neurotischen Gruppe (Tab.8).

Die Dauer des Klinikaufentaltes ist bei endogenen und Involutionsdepressiven entsprechend um 11 bzw. 17 Tage länger als bei neurotisch Depressiven. Die Endsymptomatik bei Verlassen des Krankenhauses ist bei endogen Depressiven etwas geringer als bei Involutionsdepressiven. Mit 84% haben sie eine signifikant höhere Besserungstendenz als die beiden anderen Gruppen, bei denen am Ende des Klinikaufenthaltes noch fast 30% der Symptome bestehen bleiben. Doch sind bei Involutionsdepressiven darin altersbedingte psychoorganische Störungen enthalten.
Ebenso wie bei Involutionsdepressiven ist bei ihnen die Berufsausbildung niedriger als bei neurotisch Depressiven.

3.2.1.1.3 NEUROTISCHE DEPRESSION (ICD-Nr. 300.4)

Es ist nicht möglich, die neurotische Depression positiv aufgrund des klinischen Befundes als eigenständiges Krankheitsbild gegenüber endogener und Involutionsdepression abzugrenzen: Es gibt keine Symptome, die bei dieser Diagnosegruppe signifikant stärker ausgeprägt sind. Lediglich eine negative Abgrenzung gelingt: sehr geringe Störung der Vitalgefühle, seltener Durchschlafstörungen, Appetitverminderung und Obstipation. Ebenso fehlen Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen und eingeengtes Denken. Die innere Unruhe ist geringer und die Beschäftigung weniger erschwert, auch das Krankheitsgefühl ist geringer als bei den beiden anderen Gruppen (Tab. 9, Tab. A4 und A5). Bedenkt man das signifikant niedrigere Lebensalter, so können einige der genannten Unterschiede als altersbedingt betrachtet werden.

Positiv abgrenzbar gegen endogene und Involutionsdepression ist die neurotische Depression nur durch anamnestische Daten: Die Berufsausbildung ist besser; Störungen der Familiensituation in der Kindheit und psychische Belastung innerhalb von drei Monaten vor Beginn der aktuellen Erkrankung sind schwerer, die Anzahl früherer Sedativa- und Analgetika-Mißbräuche und sicherer Selbstmordversuche höher.

Sie sind weniger ängstlich als endogen Depressive und weniger klagsam als Involutionsdepressive, von welchen sie sich zudem durch weniger perseverierendes Denken und geringere Gedächtnisstörungen unterscheiden. Besonders bei den Unterschieden zu den Involutionsdepressiven muß der große mittlere Altersunterschied von 25 Jahren berücksichtigt werden.

Der Schweregrad der Erkrankung ist weit geringer als bei den anderen beiden Diagnosegruppen. Bei einem signifikant kürzeren Klinikaufenthalt als endogen und Involutionsdepressive kann die Erkrankung um 71% gebessert werden. Damit ist zwar die Besserungstendenz schlechter als bei endogen

Depressiven, aber beide verlassen das Krankenhaus in vergleichbarem psychischen Gesundheitszustand.
An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß Vergleiche der Besserungstendenz z.B. zwischen endogen und neurotisch Depressiven sehr sorgfältig durchgeführt werden müssen. Meist werden nur pauschale Ratings bei der Entlassung des Patienten abgegeben, ohne daß daraus ersichtlich wäre, inwiefern der Schweregrad zu Beginn der Erkrankung und die Restsymptomatik in dieses Pauschalurteil eingehen (z.B. Kendell, 1968).
Es können zwei Patienten denselben pauschalen Besserungsgrad haben und trotzdem eine sehr unterschiedliche Restsymptomatik aufweisen.

3.2.1.1.4 VERGLEICH DER ÜBER 44-JÄHRIGEN PATIENTEN

Die Zuordnungsmöglichkeit zur Gruppe Involutionsdepression besteht nach ICD (Degkwitz et al, 1975) vor dem 45. Lebensjahr nicht, so daß die Entscheidung zwischen den drei großen depressiven Diagnosegruppen nur bei über 44-jährigen Patienten getroffen werden muß. Daher liegt eine getrennte Untersuchung einer Altersstichprobe (45 Jahre und älter) nahe, zumal dadurch rein altersbedingte Gruppenunterschiede verschwinden. Dies ist jedoch mit methodischen Schwierigkeiten verbunden. Wegen der Verkleinerung der Stichprobe können nämlich (durch die Verringerung der Freiheitsgrade) Gruppenunterschiede, die in der großen Stichprobe signifikant waren, nicht mehr statistisch gesichert werden, so daß allein dadurch die Altersstichprobe scheinbar homogener ist. Zudem überlappen sich die Altersverteilungen der neurotischen und der Involutionsgruppe so wenig, daß bei einer unteren Altersgrenze von 45 Jahren nur noch 16 neurotisch depressive Patienten 94 Involutionsdepressiven gegenübergestellt werden können. Trotzdem bleiben noch signifikante Altersunterschiede innerhalb der Altersstichprobe bestehen: Die 16 neurotisch Depressiven sind mit durchschnittlich 54 Jahren immer noch im Mittel um 7 Jahre jünger als die Involutionsdepressiven. Bei 24 von 129 Merkmalen erreichten Gruppenunterschiede noch das 5%-Niveau bei der Signifikanzprüfung (Tab. A7), bei der ganzen Stichprobe waren es 57 von 129 Merkmalen.
Bei über 44-jährigen neurotischen Patienten sind Störungen in der Kindheit häufiger als bei endogen und Involutionsdepressiven der gleichen Altersgruppe. Auch die psychische Belastung innerhalb von drei Monaten vor Beginn der aktuellen Erkrankung ist stärker (Tab. 10).
Involutionsdepressive sind auch in der Altersstichprobe signifikant älter als die beiden anderen Diagnosegruppen, so daß der Alterseffekt nicht völlig auspartialisiert werden konnte. Gemeinsam mit endogen Depressiven haben Involutionsdepressive stärkere Störungen der Vitalgefühle und neigen im Befinden

eher zu Tagesschwankungen mit abendlicher Besserung.
Endogen depressive Patienten haben wiederum bei längerer Krankheitsdauer seit Erstmanifestation die schwerste Symptomatik und benötigen einen längeren Klinikaufenthalt.

Welche Gruppenunterschiede verschwinden bei altershomogenen Stichproben?

Mangelnde Signifikanz der Gruppenunterschiede bei der Altersstichprobe, die ja nur noch 160 Patienten umfaßt, reicht wegen der Veringerung der Freiheitsgrade durch die Stichprobenverkleinerung nicht zum Schluß auf größere Homogenität in der Symptomatik aus. Es muß geprüft werden, ob dies nur die Verringerung der Freiheitsgrade oder tatsächliche Verringerung der Mittelwertsunterschiede bewirkt haben (Tab. A9).
Bei älteren neurotischen Patienten verstärken sich die Symptomausprägungen und nähern sich denen der endogenen und Involuionsdepressiven an, so daß bei folgenden Symptomen die Unterschiede verschwinden:

Auffassungs-, Merkfähigkeits-, Gedächtnisstörungen,
eingeengtes, umständliches Denken,
klagsam, Hypochondrie, antriebsgesteigert,
Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Müdigkeit,
Appetitminderung, Übelkeit, Obstipation.

Die Suicidtendenzen lassen bei älteren neurotischen Depressiven soweit nach, daß sie nicht mehr höher sind als bei den beiden anderen Gruppen.
Diese Symptome können als altersspezifisch betrachtet werden, und stellen somit keine typischen Merkmale der endogenen und Involutionsdepression dar.
Wegen der geringen Stichprobengrößen konnten diese Altersunterschiede durch Vergleich der bis 44-Jährigen mit den über 44-Jährigen innerhalb der endogenen und neurotischen Diagnosegruppe nur zum Teil bestätigt werden (Tab. A10)

3.2.1.2 VERGLEICH ENDOGEN DEPRESSIVER MIT ÜBERWIEGEND DEPRESSIV GESTIMMTEN SCHIZOAFFEKTIVEN PATIENTEN

Während endogen depressive Patienten sich gegenüber neurotisch und Involutionsdepressiven durch höheren Schweregrad der Erkrankung und längeren Klinikaufenthalt auszeichnen, muß die schizo-affektive Psychose als eine in bezug auf diese beiden Kriterien vergleichbar schwere Erkrankung betrachtet werden. Im Unterschied zu neurotischer und Involutionsdepression ist ihre positive Abgrenzung gegen die endogene Depression durch den klinischen Befund möglich (Tab. A8).

Die Symptome, bei denen die endogene Depression höhere Ausprägungen hat, sind im wesentlichen dieselben, wie jene, durch die sich endogene und Involutionsdepression von der neurotischen Depression unterscheiden: Gefühl der Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, deprimiert, Krankheitsgefühl, Insuffizienzgefühl, innerlich unruhig, abends besseres Befinden (Tab. 11). Wahnsymptomatik, Störungen der Ichidentität und Mutismus kommen bei endogener Depression so selten vor, daß in bezug auf diese Symptome von qualitativen Unterschieden zwischen beiden Diagnosegruppen gesprochen werden kann. Dagegen bestehen in der depressiven Symptomatik eher graduelle Unterschiede.
Gerade der Unterschied in der depressiven Symptomatik ist schwer interpretierbar, da die Trennung der schizo-affektiven Patienten in solche mit depressiver und solche mit nichtdepressiver Symptomatik ein willkürlicher Vorgang ist, dem keine allgemein gültigen Kriterien zugrunde liegen. Diese Einteilung bestimmt wesentlich, wie deutlich die Unterschiede in der depressiven Symptomatik ausfallen.

3.2.1.3 ABGRENZUNG DER DEPRESSIVEN GRUPPEN GEGEN NICHT DEPRESSIVE GRUPPEN

Zum Vergleich der depressiven Diagnosegruppen mit den nicht-depressiven wurden aus der Gesamtstichprobe (N= 1199, siehe oben) die Patienten der zirkulären Verlaufsform manisch-depressiver Psychosen (ICD-Nr. 296.3) und der schizo-affektiven Psychosen (ICD-Nr. 295.7) entfernt, so daß 1088 Patienten in der Untersuchung verblieben. Davon gehören 355 Patienten zu den depressiven Diagnosegruppen Involutionsdepression (296.0), endogene Depression (296.2), reaktive depressive Neurose (300.4). Die restlichen 733 Patienten der verschiedensten Diagnosegruppen wurden zu einer "nicht-depressiven Gruppe" zusammengefaßt und varianzanalytisch Unterschiede zur "depressiven Gruppe" geprüft. Im Anhang sind die signifikanten Merkmale in Tab. A6 aufgelistet. Wegen der großen Stichprobe sind bereits unbedeutende Mittelwertsunterschiede signifikant. Nicht alle überzufälligen Unterschiede sind interpretationswürdig.

Die Depressiven sind im Mittel um 9 Jahre älter. 78% der depressiven Patienten sind weiblich gegenüber 59% bei der Reststichprobe.

Wiederum lassen sich einige Unterschiede durch das höhere Lebensalter erklären:

Die Patienten der Depressivengruppe sind häufiger verheiratet, häufiger vom Partner getrennt (verwitwet, geschieden oder getrennt lebend) und leben in besseren Wohnverhältnissen.

Die religiöse Bindung ist etwas höher. Sie haben weniger berufliche Schwierigkeiten und hatten in ihrer Jugend weniger Lernschwierigkeiten (vergl. Tab. A6a).

Der klinische Befund soll hier nicht im Detail besprochen werden. Die Mehrzahl der für Depressive "typischen" Symptome wurde in den vorigen Abschnitten zur Unterscheidung dieser drei Gruppen herangezogen. Es bliebe noch hervorzuheben bei welchen Symptomen die drei großen Depressivengruppen sich untereinander nicht unterscheiden, aber höhere Ausprägungen haben als nicht-depressive Gruppen. Dies ist nur bei zwei Symp-

tomen der Fall: Suizid-Tendenzen und Kopfdruck.

3.2.2 VERGLEICH DER DEPRESSIVEN DIAGNOSEGRUPPEN MIT HILFE VON SYNDROMFAKTOREN

3.2.2.1 FAKTORENANALYSE

Bisherige Untersuchungen (Baumann, 1974, Mombour, 1973, Hentschel et al, 1975, Schubö et al, 1975, Wegscheider, 1977) benutzten die aus der heterogenen Gesamtstichprobe erhaltenen Syndromfaktoren auch zu Differenzierungsversuchen innerhalb der Depressivengruppe. Dies war insoweit sinnvoll, als sie von ihren Syndromskalen auch die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen anderen Diagnosegruppen erwarteten.
Soll jedoch nur zwischen depressiven Diagnosegruppen differenziert werden können, dies aber bestmöglich, so muß anders vorgegangen werden. Es reicht, diejenigen Merkmale zu faktorenanalysieren, die bei Depressiven genügend große Varianz haben, also z.B. nicht seltener als bei 5% der Depressiven vorkommen. Es ist besser, die Faktorenanalyse nur bei einer Depressivenstichprobe durchzuführen, da dann die Gewähr gegeben ist, daß die Variation innerhalb der Depressivengruppe bestmöglich ausgeschöpft wird.
Die Stichprobe bestand wie bei den univariaten Vergleichen der Einzelsymptome aus allen 301 Patienten, bei denen die depressive Symptomatik im Vordergrund stand. Es wurde über die bei univariaten Vergleichen der Einzelsymptome beschriebenen 77 Symptome eine R-Faktorenanalyse nach dem Hauptkomponentenverfahren mit anschließender Varimaxrotation auf Einfachstruktur durchgeführt. Eigenwertverlauf, relative Rotationsstabilität bei Rotation über zwölf, elf, zehn, neun und acht Faktoren (vergl. Pichot, 1969) und gute klinische Interpretierbarkeit wiesen die 9-Faktorenlösung als die günstigste aus (vergl. Tab. A13 und Tab. A14). Gegenüber der 12-Faktorenlösung verschmelzen zwei vegetative Faktoren zu einem vegetativen Faktor sowie ein paranoider und ein aggressiv-dysphorischer Faktor zu einem paranoid-aggressiven Faktor. Außerdem fehlt ein Faktor, dessen Leitvariablen die Symptome "affektlabil" und "affektinkontinent" sind.

Die neun Faktoren konnten wie folgt klinisch interpretiert werden:

1. apathisches Syndrom
2. somatisches Syndrom
3. Schuld-Verarmungs-Syndrom
4. vegetatives Syndrom
5. paranoid-feindseliges Syndrom
6. psychoorganisches Syndrom
7. depressives Syndrom
8. agitiertes Syndrom
9. hypochondrisches Syndrom

Diese Faktoren erklären 38.4% der Gesamtvarianz. Tab. 12 zeigt die Symptome, die diese Syndrome konstituieren. Zusätzlich gibt Tab. A14 diejenigen Symptome an, die substantiell (Ladung mindestens o.2) auf den Faktoren laden, d.h. bedeutsam mit diesen korrelieren.

Durch das Fehlen entsprechender Symptome im Variablensatz fehlt im Vergleich zur Gesamtstichprobe ein manisches Syndrom, katatones Syndrom, Zwangssyndrom und sind paranoide und aggressive Tendenzen nur noch durch einen Faktor repräsentiert.

Die größere Homogenität der Stichprobe führt andererseits dazu, daß sich die Zahl der Faktoren erhöht: Aus dem somatisch-vegetativen Faktor entstehen ein somatischer und ein vegetativer Faktor. Ebenso entstehen zwei depressive Faktoren (apathisches Syndrom und depressives Syndrom) statt einem in der Gesamtstichprobe. Ohne Äquivalente in der Gesamtstichprobe sind der agitierte und der hypochondrische Syndromfaktor, wobei dem agitierten Faktor lediglich die in der Gesamtstichprobe vorhandene manische Komponente fehlt (vergl. Tab. 4).

3.2.2.2 GRUPPENVERGLEICHE ENDOGEN-NEUROTISCH-INVOLUTIONSDEPRESSION (ICD 296.2, ICD 300.4, ICD 296.0)

Paarweise Mittelwertsvergleiche der Faktorwerte mit dem t-Test für varianzheterogene Stichproben ergaben signifikante Unterschiede zwischen endogener, neurotischer und Involutionsdepression bei vier der neun Faktoren (Tab. 13).

Berücksichtigt man nur die auf dem 1%-Niveau signifikanten Unterschiede, so erreicht nur der apathische Syndromfaktor eine Differenzierung zwischen allen drei Diagnosegruppen. Bezieht man die auf dem 5%-Niveau signifikanten Unterschiede mit ein, so gelingt eine Unterscheidung von allen drei Gruppen auch beim somatischen und beim psychoorganischen Syndrom, indem bei endogen Depressiven das apathische und das somatische Syndrom am stärksten ausgeprägt ist und die neurotisch Depressiven bei diesen beiden Syndromen die geringste Ausprägung zeigen. Das psychoorganische Syndrom ist bei Involutionsdepressiven am stärksten ausgeprägt mit einer Rangordnung der Mittelwerte entsprechend dem Durchschnittsalter der Gruppen. Im Gegensatz zu Mombour (1974), der ebenfalls Profilvergleiche mit Syndromfaktoren zwischen endogener, neurotischer und Involutionsdepression durchführte, konnte hier durch Profilunterschiede bei 4 von 9 Syndromen zwischen den drei Gruppen differenziert werden. Dies ist darauf zurückzuführen, daß Skalen gebildet wurden, die nur diesen Zweck erfüllen sollten.

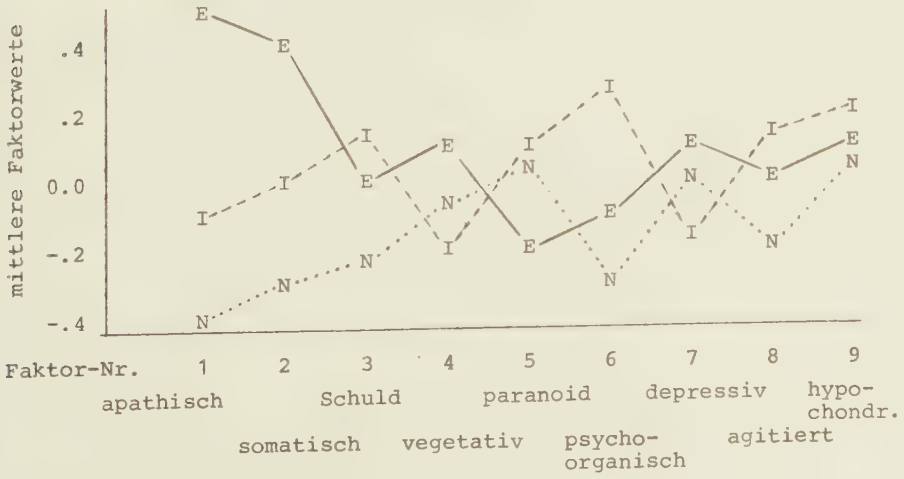
Vergleicht man dagegen nur die über 44-jährigen Patienten jeder Gruppe, so lassen sich die Profile von neurotischer und Involutionsdepression nur noch durch das psychoorganische Syndrom unterscheiden (Tab. A16).

Tabelle 13

Vergleich endogen (E) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I) bei 9 Syndromfaktoren
t-Test für varianzheterogene Stichprobe
x=5% xx=1% xxx=0.1%

		Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeit		
Faktor	Syndrom	I	N	E	N/I	N/E	I/E
		n=103	n=79	n=74			
1	apathisch	-.09	-.40	.49	.009xx	.000xxx	.000xxx
2	somatisch	.04	-.36	.38	.002xx	.000xxx	.038x
3	Schuld-Verarmung	.13	-.25	.00	.003xx	.040x	.420
4	vegetativ	-.17	.06	.12	.130	.750	.060
5	paranoid	-.02	-.07	-.23	.670	.310	.220
6	psychoorg.	.26	-.32	-.08	.000xxx	.037x	.031x
7	depressiv	-.11	.03	.10	.360	.610	.140
8	agitiert	.14	-.20	.04	.016x	.110	.510
9	hypochondr.	.20	.05	.10	.290	.730	.480

Abb. 2 Profilvergleich endogen (E) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I): mittlere Faktorwerte



3.2.2.3 VERGLEICH ZWISCHEN ENDOGENER DEPRESSION UND SCHIZO-AFFEKTIVER PSYCHOSE DEPRESSIVER AUSPRÄGUNG

Der Mittelwertsvergleich der Faktorwerte zeigt signifikante Unterschiede bei drei von neun Faktoren. Das hypochondrische und das somatische Syndrom sind bei endogen Depressiven stärker ausgeprägt, das paranoid-feindselige Syndrom bei Patienten mit schizo-affektiver Psychose (Tab. 14). Wenn in diesen drei Syndromfaktoren nicht die wesentlichsten Unterschiede zwischen diesen beiden Diagnosegruppen ausgedrückt sind, so liegt dies daran, daß bei den für die Faktorenanalyse benutzten 77 Symptomen z.B. die in Tab. 11 aufgeführten, für schizophrene Erkrankungen typischen, aber bei depressiven Erkrankungen seltenen Symptome nicht enthalten sind. Zwar gelingt die Differenzierung zwischen endogener Depression und schizo-affektiver Psychose mit Hilfe der Syndrome sehr gut, ohne daß aber damit eine gute Charakterisierung der schizo-affektiven Psychose gelungen wäre. Dies war beim Vergleich der Einzelsymptome eher der Fall.

3.2.2.4 DISKRIMINANZANALYTISCHER VERGLEICH DER DREI DIAGNOSEGRUPPEN ENDOGENE, NEUROTISCHE UND INVOLUTIONSDEPRESSION MIT SYNDROMFAKTOREN.

Wünschenswert wäre angesichts des durch die 9 Syndromfaktoren nur mäßig ausgeschöpften Anteils an der Gesamtvarianz (38.4%) die Einbeziehung aller 77 Symptome für den diskriminanzanalytischen Vergleich. Zumal da die Faktoren, die ja bereits gewichtete Linearkombinationen der Einzelsymptome darstellen, bei der Diskriminanzanalyse nochmals zu gewichteten Linearkombinationen zusammengefaßt werden, wodurch die Interpretation weiter erschwert wird.
Burket (1964) und Herzberg (1967) zeigen, daß je größer die Zahl der in die Diskriminanzanalyse eingehenden Prädiktorvariablen, umso geringer die Wahrscheinlichkeit, daß das Ergebnis bei anderen Stichproben bestätigt werden kann. Diese Aussage gilt auch für die zunehmende Zahl der Gruppen und soll hier mit einer Monte-Carlo-Studie veranschaulicht werden.Die Gefahr der fehlenden Verallgemeinbarkeit besteht vor allem für das Verfahren der schrittweisen Diskriminanzanalyse, bei dem in jedem Schritt der nächstbeste Prädiktor in die Gleichung aufgenommen wird.

3.2.2.4.1 EINZELSYMPTOME ALS PRÄDIKTOREN

Um den unkontrolliert in die komplexen Diskriminanzfunktionen einfließenden Anteil an Fehlervarianz zu demonstrieren, wurde eine schrittweise Diskriminanzanalyse der drei Diagnosegruppen endogene, neurotische und Involutionsdepression mit den 77 Einzelsymptomen und anschließender Kreuzvalidierung durchgeführt und mit den Klassifikationsergebnissen von 77 normalverteilten mit einem Zufallsgenerator erzeugten Variablen verglichen (Monte-Carlo-Experiment).
Tab. 15 zeigt, daß aus 77 Symptomen bei einem Signifikanzniveau von 5% (F=3.05) 13 Prädiktoren gefunden werden, die 71,4% Patienten der Analysenstichprobe richtig klassifizieren.
Dieses Ergebnis wird in zweierlei Hinsicht entwertet. Zunächst ist es nicht verallgemeinerbar, denn ein Abfall des Prozentsatzes richtig klassifizierter Patienten auf weniger als 50% in der Validierungsstichprobe ist trotz Signifikanz nicht akzeptabel. Außerdem erscheint der Prozentsatz von 71.4 in der Analysenstichprobe im Vergleich zu 63.6%, die durch reine Zufallszahlen erreicht wurden, wenig bedeutend.
In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Variablenreduktion durch Faktorenanalyse gewählt und die dadurch bedingte schlechte Informationsausschöpfung in Kauf genommen. Den Effekt einer Reduktion der zur Auswahl stehenden Prädiktoren auf die Güte der Klassifikation zeigt Tab. 15. Bei Verringerung der Variablenzahl von 77 auf 9 blieb zwar das Klassifikationsergebnis der Analysestichprobe signifikant, jedoch wurden nur noch 50% richtige Zuordnungen getroffen. Das Klassifikationsergebnis bei der Validierungsstichprobe kann sich nicht verschlechtern, da bei drei zur Auswahl stehenden Klassen bei reiner Zufallszuordnung die Wahrscheinlichkeit richtiger Zuordnung 1/3 beträgt.

3.2.2.4.2 SYNDROMFAKTOREN ALS PRÄDIKTOREN

Die oben beschriebenen neun Syndrome, die aus einer Faktorenanalyse der 77 bei Depressiven häufigsten Symptome bei der Depressivenstichprobe (n=301) gewonnen wurden, dienten als Prädiktoren. Dabei war nicht, wie bei obiger Simulation eine kleine Auswahl der am besten diskriminierenden Prädiktoren gesucht. Vielmehr interessierte die Diskriminationsfähigkeit aller Syndrome zusammen. Deshalb sind die erreichten Prozentzahlen nicht vergleichbar mit denen der oben beschriebenen Diskriminanzanalyse von 77 Symptomen. Dort wurden nur signifikante Prädiktoren (F-Wert mindestens 3.05) in die Gleichung aufgenommen, während hier nur die Signifikanz der gesamten Vorhersage geprüft wird. Lediglich völlig unbrauchbare Faktoren werden nicht als Prädiktoren aufgenommen (F-Wert kleiner als 1). Tab. 16 zeigt, daß die 9 Syndromwerte nicht in der Lage sind, um eine genügende Anzahl von Patienten einer der drei Diagnosegruppen (endogene, neurotische oder Involutionsdepression) richtig zuzuordnen.

Besonders schlecht gelingt die Zuordnung der Involutionsdepression mit nur 29.9% richtigen Zuordnungen in der Validierungsstichprobe. Dies steht in Einklang mit den Gruppenvergleichen aufgrund der Einzelsymptome (Tab.5).
Wird jedoch nur die Diskrimination zweier Gruppen verlangt, so bringen die neun Syndromfaktoren gute Zuordnungen zustande, wobei die Zuordnung neurotischer Patienten besser gelingt als die endogen depressiver (Tab. 17).

3.2.3 DER ZUSÄTZLICHE BEITRAG ANAMNESTISCHER MERKMALE ZUR UNTERSUCHUNG DEPRESSIVER DIAGNOSEGRUPPEN

Obige Simulationsstudie zeigt, daß mit der Zunahme der Variablenzahl bei der Diskriminanzananlyse die Verallgemeinerbarkeit des Ergebnisses abnimmt (Tab. 15). Will man den zusätzlichen diskriminatorischen Beitrag anamnestischer Merkmale zu den 9 Syndromen prüfen, so wird man die Zahl der Prädiktorvariablen für die Diskriminanzanalyse erhöhen müssen. Die Übertragbarkeit auf andere Stichproben kann durch Kreuzvalidierung geprüft werden. Inwiefern die bessere Diskrimination nur aus der Erhöhung der Anzahl zur Auswahl stehender Prädiktoren resultiert, kann wiederum durch ein Simulationsexperiment veranschaulicht werden.
Die Zahl der Prädiktoren, darf nur um wenige Variablen erhöht werden. Ursprünglich sind aber 52 anamnestische Merkmale vorhanden. Da diese Zahl für die Diskriminanzanalyse zu hoch ist, muß eine weitere Reduktion der Variablenzahl vorgenommen werden. Dies soll auf zwei verschiedene Weisen geschehen: einmal durch eine Faktorenanalyse, zum anderen durch eine Auswahl der drei typischen anamnestischen Merkmale.

3.2.3.1 FAKTORENANALYSE DER ANAMNESTISCHEN MERKMALE

Achtundzwanzig anamnestische Merkmale mit hypothetischer Bedeutung für die Differenzierung psychiatrischer Diagnosegruppen wurden mit der Hauptkomponentenmethode faktorenanalysiert mit anschließender Varimax-Rotation. Gute Interpretierbarkeit war zwar erwünscht, aber zweitrangig hinter dem Ziel der Variablenreduktion. So wurden 6 Faktoren extrahiert, die 31% der Gesamtvarianz erklären. Die Ladung der anamnestischen Merkmale auf den 6 Faktoren sind in Tab. A15 im Anhang aufgelistet. Die Faktoren wurden folgendermaßen benannt:

1. Alter
2. kleiner Haushalt
3. soziale Einordnung gestört
4. Suicidalität
5. Störungen in der Kindheit
6. Krankheitsdauer

Vergleiche auch Tab. 18. Diese Faktoren erlangen ihre eigentliche Bedeutung erst in der Beziehung entweder zu den psychiatrischen Syndromen oder zu den Diagnosegruppen.

3.2.3.2 ANAMNESE-FAKTOREN: VERGLEICH DER DEPRESSIVEN DIAGNOSEGRUPPEN

Im ersten Faktor, der Lebens- und Erstmanifestationsalter mißt, unterscheiden sich endogene, neurotische und Involutionsdepression signifikant bei allen Paarvergleichen, wobei neurotisch Depressive die niedrigsten und Involutionsdepressive die höchsten Werte haben (Tab. 19). Involutionsdepressive und neurotisch Depressive leben häufiger als endogen Depressive in einem kleinen Haushalt (allein, ohne Lebenspartner, in einer Mietwohnung oder in Untermiete in einem Mehrfamilienhaus). Dies würde eine reaktive Komponente bei neurotischer aber auch bei der Involutionsdepression nahelegen und bei der endogenen Depression unwahrscheinlich machen.
Die Suicidalität ist bei neurotisch Depressiven höher als bei endogen und Involutionsdepressiven. Auch Störungen der Familiensituation in der Kindheit sind bei neurotisch Depressiven häufiger als bei den beiden anderen Gruppen.

Die Unterscheidung von endogener Depression und schizoaffektiver Psychose gelingt lediglich beim Altersfaktor. Vergleicht man die über 44-jährigen Patienten der depressiven Diagnosegruppen, so fällt die relativ starke Zunahme kleiner Haushalte bei neurotisch Depressiven auf (Tab. A16 und Tab. 19, vergl. auch Tab. A10). Bei Betrachtung der auf diesem Faktor über 0.4 ladenden Merkmale (Tab. 18), kann man dies so interpretieren, daß beim Vergleich der über 44-jährigen Patienten die Vereinsamung am stärksten ist bei neurotisch Depressiven. Zugleich fällt auf, daß die Bedeutung von Störungen der Familiensituation in der Kindheit bei älteren neurotisch Depressiven geringer ist. Auch besteht bei älteren neurotisch depressiven Patienten die im Vergleich zu den anderen Gruppen höhere Suicidalität nicht mehr.

3.2.3.3 GEMEINSAME FAKTORENANALYSE VON ANAMNESTISCHEN MERKMALEN UND SYMPTOMEN

Um die Beziehung zwischen anamnestischen Merkmalen und Befund zu untersuchen ist eine gemeinsame Faktorenanalyse von anamnestischen Merkmalen und Symptomen am naheliegendsten. Das Ergebnis wären Syndromfaktoren, in die nicht nur der Befund, sondern auch Lebensgeschichte und Krankengeschichte eingehen und die eine umfassende Beschreibung klinischer Syndrome ermöglichen würden.
Bei einer Faktorenanalyse über 23 anamnestische Merkmale und 77 Symptome wurden 12 Faktoren extrahiert, die 38.7% der Gesamtvarianz erklärten. Die ersten sieben Faktoren waren reine Syndromfaktoren, identisch mit den ersten sieben Syndromen, die aus der reinen Symptomfaktorenanalyse resultierten. Der achte Faktor ist ein Suicid-Faktor: früher und jetzt Suicidversuche, Anzahl sicherer SV, Suicidhandlungen. Der 9. Faktor ist identisch mit dem hypochondrischen Syndrom. Von den anamnestischen Merkmalen lädt lediglich das Erstmanifestationsalter höher als 0.4. Faktor 10 ist identisch mit dem 5. Anamnesefaktor (Tab. 18): Er umfaßt Störungen der Familiensituation in der Kindheit. Faktor 11 und 12 waren schwer interpretierbar. Bei insgesamt 38.7% erklärter Varianz wurden die Symptome zu 40.3% erklärt, die anamnestischen Merkmale dagegen nur zu 33.3%. Der Versuch, durch gemeinsame Faktorenanalyse von anamnestischen Merkmalen und Symptomen umfassendere Syndrome zu beschreiben, muß als mißlungen betrachtet werden. Trotzdem kann von dieser Vorgehensweise bei Vorliegen hochreliabler Dokumentation anamnestischer Merkmale die eindeutigste Zuordnung anamnestischer Merkmale zu klinischen Syndromen erwartet werden.

3.2.3.4 BEZIEHUNGEN ZWISCHEN ANAMNESE- UND SYNDROMFAKTOREN

Betrachtet man anamnestische Daten und klinischen Befund nicht als zusammengehörende Merkmale psychiatrischer Syndrome, sondern als primär verschiedenartiges Datenmaterial, so wird man getrennte Faktorenanalysen durchführen und die Zusammenhänge der so erhaltenen reduzierten Variablensätze durch einfache oder kanonische Korrelationsanalyse untersuchen.

Tab. 20 zeigt die einfachen Korrelationen zwischen Anamnese- und Syndromfaktoren. Die signifikanten Korrelationen liegen zwischen 0.14 und 0.21 und kennzeichnen einen geringen Zusammenhang zwischen den entsprechenden Anamnese- und Syndromfaktoren. Folgende Tendenzen bestehen:

1. Patienten mit hohem Lebens- und Erstmanifestationsalter haben höhere Ausprägung beim psychoorganischen, hypochondrischen, somatischen und Schuld-Verarmungs-Syndrom.
2. Patienten, deren soziale Einordnung gestört ist, haben höhere Ausprägungen beim hypochondrischen und beim psychoorganischen Syndrom.
3. Patienten mit hoher Suicidalität haben sowohl beim agitierten als auch beim apathischen Syndrom geringe Ausprägungen, dagegen höhere beim depressiven Syndrom.
4. Patienten mit Störungen der Familiensituation in der Kindheit neigen nicht zum Schuld-Verarmungssyndrom.
5. Patienten, deren Krankheit bereits längere Zeit dauert, leiden eher am apathischen und am somatischen Syndrom.

Die Aussagen 2, 3 und 5 lassen sich ebensogut umgekehrt formulieren, z.B.: Bei Patienten mit hohen Ausprägungen im psychoorganischen und hypochondrischen Syndrom ist die soziale Einordnung eher gestört. Trotz hoher Signifikanz kann man wegen den geringen Korrelationen diesen Aussagen aber keine grössere Bedeutung beimessen. Scheinbar widerspricht Aussage 2 sogar bisher berichteten Ergebnissen: Aus Tab. 13 und Tab. 19 ging

hervor, daß bei neurotisch Depressiven die soziale Einordnung am stärksten gestört ist, sie aber gleichzeitig die geringsten Ausprägungen beim psychoorganischen Syndrom haben, so daß eigentlich eine negative Korrelation zwischen sozialer Einordnungsstörung und psychoorganischem Syndrom erwartet würde. Wenn aber innerhalb jeder diagnostischen Gruppe eine positive Korrelation besteht, so kann dieser Intra-Class-Effekt den Effekt zwischen den Gruppen so weit überwiegen, daß eine gering positive Gesamtkorrelation resultiert.
Um nicht nur Aufschluß über den paarweisen Zusammenhang zwischen einzelnen Anamnese-Faktoren und Syndromfaktoren zu erhalten, sondern auch über das Ausmaß, in welchem die Syndrome insgesamt durch die anamnestischen Daten vorhersagbar sind, wurde eine kanonische Analyse der 6 Anamnese-Faktoren und der 9 Syndromfaktoren gerechnet: Von 6 möglichen kanonischen Variatenpaaren waren nur zwei signifikant. Die erste kanonische Korrelation beträgt 0.51, die zweite 0.40. Dies entspricht einem von den Variatenpaaren gegenseitig erklärten Varianzanteil von 42%, wobei die Variaten nur einen Teil der ursprünglichen Varianz des Variablensatzes erklären.

3.2.3.5 DISKRIMINANZANALYTISCHER VERGLEICH DER DEPRESSIVEN DIAGNOSEGRUPPEN MIT SYNDROM- UND ANAMNESEFAKTOREN ALS PRÄDIKTOREN

Nachdem die Diskriminanzanalysen mit den 9 Syndromen als Prädiktoren zeigten, daß lediglich eine brauchbare Trennung zwischen zwei Gruppen, nicht aber zwischen drei Gruppen gleichzeitig möglich war, sollte geprüft werden, ob die 6 Anamnesefaktoren eine bessere Trennschärfe ermöglichen würden.
Bei gleichzeitiger Trennung von drei Diagnosegruppen (neurotisch-endogen-Involutionsdepression) erhöht sich durch Hinzunahme der Anteil richtiger Klassifikationen in der Validierungsstichprobe von 49% auf 58.4% (Tab 16 und Tab 21).
Wenn nur die zwei Diagnosegruppen endogen und neurotisch getrennt werden sollen, so ergibt sich durch Hinzunahme der 6 Anamnesefaktoren keine bessere Klassifikation (Tab. 17 und Tab 22). In der Validierungsstichprobe ist das KLassifikationsergebnis sogar schlechter als bei nur 9 Prädiktoren. Anamnestische Merkmale sind demnach nicht brauchbar, um zu einer besseren Differenzierung der endogenen und neurotischen Depression beizutragen. Die durch statistische Verfahren (Faktorenanalyse) erzielte Reduktion der Anzahl anamnestischer Merkmale war nicht in der Lage zusätzlich zu den Syndromfaktoren potente Prädiktoren zu gewinnen.

3.2.3.6 DISKRIMINANZANALYTISCHER VERGLEICH DEPRESSIVER DIAGNOSEGRUPPEN MIT SYNDROMFAKTOREN UND TYPISCHEN ANAMNESTISCHEN MERKMALEN ALS PRÄDIKTOREN

Auf Grund gängiger Lehrmeinungen und empirischer Forschungsergebnisse wird man erwarten, daß sich endogene, neurotische und Involutionsdepression besonders durch Vorhandensein oder Fehlen von Fehlentwicklungen im Kindesalter und durch den Schweregrad und die Dauer der Erkrankung unterscheiden, sowie definitionsgemäß durch das Erstmanifestationsalter.
Deshalb wurden zusätzlich zu den Syndromfaktoren folgende Merkmale in die Diskriminanzanalyse als Prädiktoren aufgenommen (ursprüngliche Merkmale, keine Faktoren!):

Erstmanifestationsalter
Störungen der Familiensituation in der Kindheit
Krankheitsdauer seit Erstmanifestation
Schweregrad (Summe der Symptomausprägungen).

Die Tab. 23 zeigt, daß diese Auswahl an Prädiktoren erstmals in der Lage ist, eine genügend hohe Anzahl richtiger Klassifikationen bei gleichzeitiger Trennung von drei Diagnosegruppen durchzuführen. In der Validierungsstichprobe wurden 73.3% richtige Zuordnugnen getroffen. Vergleicht man jedoch Tab. 16, Tab. 21 und Tab. 23, so erkennt man, daß durch die Hinzunahme von anamnestischen Merkmalen der Anteil richtiger Zuordnungen endogen Depressiver von 61.3% auf 43.3% bzw. 46.7% absinkt. D.h. gibt man den anamnestischen Merkmalen mehr Gewicht bei der Klassifikation, so erhöht sich zwar der Anteil richtiger Zuordnungen bei neurotischer (von 73.3% auf 83.3%) und besonders bei Involutionsdepressiven (von 29.2% auf 85.1%), endogen Depressive werden aber häufiger falsch zugeordnet. Bis auf ein Sydrom (8) fehlen in den Diskriminanzfunktionen gerade diejenigen Syndrome, die, wie aus Tab. 17 hervorgeht, eine optimale Diskrimination zwischen endogener und neurotischer Depression ermöglichen.

Der Versuch der gleichzeitigen Trennung von drei Diagnosegruppen durch die Diskriminanzanalyse ist offensichtlich nicht die optimale Vorgehensweise. Sukzessive Paarvergleiche ließen eine wesentlich höhere Trefferquote erwarten als der simultane Vergleich dreier Gruppen.
Der Vergleich von Tab. 17 und Tab. 28 zeigt zudem, daß eine größere Anzahl von Prädiktoren nicht das bessere Klassifikationsergebnis in der Validierungsstichprobe bringt. Durch die große Anzahl von Prädiktoren gehen auch zufällige Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in die Diskriminanzfunktion ein, die in der Validierungsstichprobe nicht repliziert werden können. Außerdem wird daraus ersichtlich, daß die schrittweise Diskriminanzanalyse nicht automatisch die optimale und ökonomischste Auswahl an Prädiktoren liefert. Je größer das Angebot an potientiellen Prädiktoren, umso wahrscheinlicher existiert neben der durch den Algorithmus getroffenen Auswahl eine oder mehrere bessere Kombinationen von Prädiktoren.

3.2.3.7 PROGNOSTISCHE BEDEUTUNG DER TRADITIONELLEN KRANKHEITSKATEGORIEN

Die vier Diagnosen Involutionsdepression, endogene Depression, schizoaffektive Psychose und neurotische Depression wurden durch die drei Dummy-Variablen Involutionsdepression ja/nein , endogene Depression ja/nein und neurotische Depression ja/nein verschlüsselt und eine multiple Regression auf die Dauer des Klinikaufenthalts und die Endsymptomatik bei Verlassen des Krankenhauses gerechnet.
Die multiple Korrelation zwischen den drei Dummy-Variablen und der Dauer des Klinikaufenthalts ist identisch mit der einfachen Korrelation zwischen Gruppenzugehörigkeit und Dauer des Klinikaufenthalts. Sie hat den Wert 0.26. Damit kann die Gruppenzugehörigkeit 7% der Varianz der Dauer des Klinikaufenthaltes erklären. Die Korrelation mit der Endsymptomatik (=Summe der einzelnen Symptomausprägungen am Ende des Klinikaufenthalts) ist nicht signifikant von Null verschieden.
Die Endsymptomatik als Ausdruck der Besserungstendenz kann demnach gar nicht aus der Zugehörigkeit zu einer der vier Diagnosegruppen geschlossen werden, die Dauer des Klinikaufenthalts nur zu einem geringen Prozentsatz. Diese Aussage gilt bei gleichzeitiger Berücksichtigung von vier Diagnosegruppen. Bei isolierter Betrachtung der beiden extremen Gruppen neurotische und endogene Depression in bezug auf die Dauer des Klinikaufenthalts sind bessere Ergebnisse zu erwarten.
Die Endsymptomatik kann aus der Zahl der Symptome am Krankheitsbeginn wesentlich besser vorhergesagt werden (r=0.47) als aus der nosologischen Zuordnung und annähernd ebenso gut aus der Summe der Symptomausprägungen (r=0.23), der sozialen Einordnung im Wohnbereich (r=0.21), der sprachlichen Einordnung (r=-0.22), der somatischen Belastung vor Beginn der aktuellen Erkrankung (r=0.17), der Ausprägung des psychoorganischen Syndroms (r=0.22) und der Ausprägung des hypochondrischen Syndroms (r=0.24), sowie aus dem

Anamnesefaktor "soziale Einordnung gestrört" (r=0.16) und dem Alter des Patienten (r=0.16). Die Dauer des Klinikaufenthalts kann aus der Ausprägung des apathischen Syndroms (r=0.28) zu 8% richtig vorhergesagt werden und korreliert mit der Zahl der bisherigen Aufnahme in psychiatrische Kliniken (r=0.19), der Zahl der Symptome (r= 0.22) bzw. der Summe der Symptomausprägungen bei Beginn des stationären Aufenthalts (r=0.24) ebenfalls signifikant (1%-Niveau). Die prognostische Bedeutung in bezug aus das Wiedererkrankungsrisiko kann nur in einer Längsschnittstudie untersucht werden. Retrospektiv ermittelte Werte (Zahl der bisherigen Manifestationen, Zahl der bisherigen Aufnahmen in psychiatrische Kliniken) legen zumindest eine Abgrenzung neurotisch Depressiver von endogen und Involutionsdepressiven nahe.

3.2.3.8 DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

Anamnese und Einzelsymptome

Im Vergleich der Einzelsymptome zeichnen sich weder die Involutionsdepression noch die neurotische Depression als eigenständiges Krankheitsbild aus. Die Involutionsdepression ist lediglich durch ihr hohes Ersterkrankungsalter und die neurotische Depression durch Störungen der Familiensituation während der Kindheit und psychische Belastung vor Beginn der Erkrankung gekennzeichnet. Das höhere Bildungsniveau neurotisch depressiver Patienten könnte dazu führen, daß sie ihre Umwelt eher als problemhaft erleben und an einer Depression erkranken. Um diese Hypothese bestätigen zu können, müßte aber nachgewiesen werden, daß endogene Depressionen auf jedem Ausbildungsniveau prozentual gleich häufig vorkommen, also unabhängig vom Bildungsgrad. Ist dies nicht der Fall, so läßt sich die manchmal geäußerte Vermutung, gebildetere Patienten könnten dem Arzt eher eigene Hypothesen über die psychogenen Ursachen ihrer Depression anbieten und diesen von der Reaktivität ihrer Erkrankung überzeugen, nicht ohne weiteres von der Hand weisen.
Der häufigere Sedativa- und Analgetikamißbrauch neurotisch depressiver Patienten kann sowohl als Indiz vorausgehender psychischer Belastung gewertet werden, als auch der Tatsache zugeschrieben werden, daß die neurotische Depression eine mildere Erkrankung darstellt, die erst dann zum Aufsuchen des Facharztes oder zu stationärer Behandlung führt, wenn Selbstheilungsversuche gescheitert sind.
Erstaunlich ist die höhere Anzahl von Suicidversuchen bei neurotisch Depressiven, die aber mit zunehmendem Alter geringer wird.

Schweregrad und Qualität der Erkrankung

Bei der Frage, ob lediglich im Schweregrad der Erkrankung Unterschiede zwischen neurotischer und endogener Depression bestehen, muß u.a. geprüft werden, ob nicht gerade typisch psychotische Symptome diesen höheren Schweregrad bewirken. Die Prüfung wird erschwert durch die geringe Übereinstimmung in der Definition der Begriffe "Psychose" und "psychotisch". Häufig genannte Kriterien sind das Vorhandensein von Halluzinationen und Wahn, Fehlen von Krankheitseinsicht, fehlende Versteh- und Einfühlbarkeit. Keines dieser Kriterien half aber bei der Trennung endogen depressiver von neurotisch depressiven Patienten. Die zweite zu klärende Frage ist die einer unterschiedlichen Qualität der Depression: Ist der Schweregrad bei allen für depressive Erkrankungen typischen Symptomen geringer oder nur bei einer spezifischen Gruppe von Symptomen? Wir fanden bei allen Symptomen, die bei depressiven Diagnosegruppen stärker ausgeprägt sind als bei nicht-depressiven, einen höheren Schweregrad bei endogen Depressiven. Beim Vergleich der Einzelsymptome konnten demnach nur Unterschiede im Schweregrad nachgewiesen werden.

Im Vergleich der Syndromfaktoren dagegen hatten endogen Depressive nur beim apathischen und somatischen Syndrom stärkere Ausprägungen als neurotische Depressive. In der Diskriminanzanalyse konnten durch gewichtete Linearkombinationen des apathischen, somatischen, agitierten und des Schuld-Verarmungssyndroms 76% der Patienten richtig den Diagnosen endogen depressiv (ICD 296.2) bzw. neurotisch (ICD 300.4) zugeordnet werden. Dabei werden die höheren Werte im agitierten Syndrom bei neurotisch depressiven Patienten erwartet. Der Vergleich auf der Syndromebene legt demnach die Annahme nahe, daß nicht nur der Schweregrad, sondern auch das Erscheinungsbild der depressiven Verstimmung bei endogen und neurotisch depressiven Patienten verschieden ist.

Prognostische Bedeutung der traditionellen Kategorien

Auch wenn zahlenmäßig der Besserungsgrad bei endogen Depressiven höher ist als bei neurotisch Depressiven, so ist dies nur durch den höheren Schweregrad der Krankheit bei Erkrankungsbeginn bedingt, nicht aber durch besseren Gesundheitszustand am Ende des Klinikaufenthalts. Isolierte Betrachtung pauschaler Schätzungen der Besserung ohne Berücksichtigung von Unterschieden des anfänglichen Schweregrades und der Restsymptomatik führen leicht zu falschen Annahmen. In dieser Untersuchung konnte lediglich bei Involutionsdepressiven eine höhere Restsymptomatik festgestellt werden, die zum Teil durch nicht-depressive Beschwerden erklärbar und eventuell altersbedingt ist.
Entsprechend der milderen Erkrankung ist der Klinikaufenthalt neurotisch depressiver Patienten kürzer als der endogen und Involutionsdepressiver.
Die prognostische Bedeutung der traditionellen Krankheitskategorien in bezug auf genauere Vorhersagen der Dauer desKlinikaufenthalts ist gering. Es bieten sich aber keine besseren Prädiktoren an, wenngleich die Ausprägung auf dem apathischen Syndrom mindestens ebenso "gute" Vorhersagen bringt. Künftige Untersuchungen sollten vor allem bei verschiedenen altershomogenen Stichproben durchgeführt werden, da sich gezeigt hat, daß das Lebensalter des Patienten für einen beträchtlichen Teil der Varianz zwischen den depressiven Diagnosegruppen verantwortlich zu sein scheint. Auch beim Versuch empirisch neue Klassifikationen z.B. durch clusteranalytische Verfahren zu finden, besteht die Gefahr, daß die resultierenden Cluster durch altersbedingte Unterschiede entstanden sind.

Tabelle 1

	jetzige Stichprobe	Zürich	Berlin
Stichprobengröße	1199	351	1066
männl./weibl.	34%/66%	43%/57%	41%/59%
Alter	15-86	15-79	
Median	38	48	33
arithm. Mittel	41.2		
Zahl d. früheren abgrenzbaren Manifestat.	0-20	0-20	
Median	2	3	
Zahl d. früheren Hospitalisierungen	0-20	0-20	
Median	1.4	3	

Tabelle 2

Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen
Numerierung nach ICD (8.Revision)
Zum Vergleich die Häufigkeitsverteilungen der Züricher und Berliner Stichprobe (f=absolute Häufigkeit)

		Universität München		Zürich		Berlin	
		f	%	f	%	f	%
290	präsenile u. senile Demenz	13	1.1				
291	Alkoholpsychosen	26	2.2				
292	Psychosen bei intrakraniellen Infektionen	2	0.2			3	0.3
293	Psychosen bei anderen org. Hirnstörungen	52	4.3			29	2.7
294	Psychosen bei anderen körperl. Störungen	27	2.3			19	1.8
295	Schizophrenie	267	22.3	193	55	266	25.0
295.2	Katatone Form	10	0.8	18	5.1	20	1.9
295.3	Paranoide Form	76	6.3	109	31.1	127	11.9
295.7	Schizoaffektive Psychosen	85	7.1	41	11.7	20	1.9
295.0 - .9	übrige Schizophrenieformen	96	8.0	25	7.1	99	9.3
296	Affektive Psychosen	265	22.1	106	30	129	12.1
296.0	Involutionsdepression	122	10.2	23	6.6	53	5.0
296.2	Endogene Depression	97	8.1	67	19.1	43	4.0
296.1, .3, .8	restliche affektive Psychosen	96	8.0	16	4.6	33	3.1
297	Paranoide Syndrome	40	3.3			48	4.5

Fortsetzung Tabelle 2

		Universität München		Zürich		Berlin	
		f	%	f	%	f	%
298	Andere Psychosen	34	2.8	11	3	12	1.1
299	Nicht näher bezeichnete Psychosen	1	0.1				
300	Neurosen (ohne 300.4)	96	8.0			98	9.2
300.4	Depressive Neurose	124	10.3	12	3	181	17.0
301	Persönlichkeitsstörungen	48	4.0			26	2.4
302	Sexuelle Verhaltensabweichungen	1	0.1				
303	Alkoholismus	58	4.8			35	3.3
304	Medikamentenabhängigkeit	48	4.0			50	4.7
305	Psychosomatische Störungen	2	0.1				
306	Besondere Symptome	10	0.8				
307	Vorübergehende Auffälligkeiten	22	1.8				
308	Verhaltensstörungen im Kindesalter	2	0.1				
309	Körperlich bedingte psych. Störungen	27	2.3				
310 - 315	Oligophrenien	12	1.0			5	0.5
316	Neurologische Krankheiten	6	0.5				
	Sonstige	16	1.3	29	8		
	Summe	1199	100%	351	100%	1066	100%

Tabelle 4

Zuordnung von Symptomen zu den Faktoren, die aus 155 Symptomen bei der heterogenen Gesamtstichprobe (N=1199) resultieren. Zum Vergleich die Zuordnung bei den bisherigen Faktorenanalysen des AMP-Systems.

	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
paranoid - halluzinatorisch	Wahnstimmung a) Wahnwahrnehmung Wahneinfall Wahndynamik systemat. Wahn Beziehungswahn Beeinträcht.Wahn Stimmenhören andere akust. Hall. opt. Halluzinat. Körperhalluzinat. Gedankeneingebung sonst.Fremdbeein.b) (4.1%)	eingeengt vorbeireden inkohärent Wahnstimmung Wahnwahrnehmung Wahngedanken Größenwahn Beziehungswahn Beeinträcht.Wahn affektiv inadäquat Sprachzerfall, Neolog. Wahndynamik systemat. Wahn Stimmenhören opt. Halluzinat. Körperhalluzinat.	Wahnstimmung a) Wahnwahrnehmung Wahngedanken Wahndynamik systemat. Wahn Beziehungswahn Beeinträcht.Wahn Stimmenhören b) Körperhalluzinat. Gedankenausbreitung Gedankenentzug Gedankeneingebung sonst.Fremdbeeinfl. (3.3%)	Wahnwahrnehmung Wahngedanken Wahndynamik systemat. Wahn Beziehungswahn Beeinträchtig.-Verfolg.Wahn (3.9%) Stimmenhören opt. Halluzinationen Gedankeneingebung (2.7%)

Fortsetzung Tabelle 4

Faktor	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
		Geruchshalluzinat. andere Sinnestäusch. Stör.d.Ich-Identität andere Entfremdungs. Gedankenausbreitung Gedankenentzug Gedankeneingebung sonst.Fremdbeeinfl.erl.		
katatone pflegebedürftig	gesperrt stuporös mutistisch negativistisch ißt nicht selbst. unselbst.in Körperpf. bettlägrig (2.2%)	gesperrt affektstarr stuporös mutistisch Parakinesien,Ster. maniriert Kontakt vermindert Nahrungsablehnung ißt nicht selbständ. unselbst.i.Körperpfl. läßt unter sich Beschäftigung erschw. bettlägrig	a) mutistisch stuporös Autismus (1.7%) b) ißt nicht selbst. unselbst.i.Körper. bettlägrig läßt unter sich Nahrungsablehnung (1.8%)	a) andere Entfremdungserl. Parakinesien,Stereotyp. maniriert Sprachzerfall,Neologismen (2.1%) b) mutistisch Nahrungsablehnung ißt nicht selbständig unselbst. i. Körperpflege läßt unter sich bettlägrig Durst vermehrt (2.6%)

Fortsetzung Tabelle 4

Faktor	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
apathisch	gehemmt umständlich gefühlsverarmt affektinkontinent andere Gefühlsstör. Kontakt vermind. (2.6%)	gehemmt verlangsamt antriebsarm antriebsgehemmt Verarmungsgefühl Gefühl d.Gefühllos.	Auffassungsstörungen umständlich eingeengt gefühls-,affektarm antriebsarm Kontakt vermindert (1.8%)	verlangsamt affektarm affektstarr antriebsarm (3.1%)
psychoorganisch	delirant zeitl.Orient.Stör. örtl.Orient.Stör. Orient.St.üb.eig.Ps. Auffassungsstör. Konzentrationsstör. Merkfähigkeitsstör. Gedächtnisstör. Vorbeireden inkohärent (3.9%)	zeitl.Orient.Stör. örtl.Orient.Stör. situative Orient.Stö. andere Orient.Stör. Auffassungsstör. Konzentrationsstör. Merkfähigkeitsstör. Gedächtnisstör. umständlich perseverierend	ört.Orient.Stör zeitl.Orient.Stör. situative Orient.St. Merkfähigkeitsstör. Auffassungsstör. (2.9%)	a) andere Bewußtseinsstör. situative Orient.Stör. Auffassungsstör. Merkfähigkeitsstör. Gedächtnisstör. Konfabulationen perseverierend Vorbeireden Gedankenabreißen inkohärent motorisch unruhig (2.5%)

Fortsetzung Tabelle 4

Faktor	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
				b) zeitl. Orient.Stör. örtl. Orient.Stör. situative Orient.Stör. (2.9%)
somatisch, vegetativ	Durst vermehrt Übelkeit Erbrechen Obstipation Hitzegefühl Frösteln Schwitzen Kopfdruck Herzsensationen Schwindel (3.0%)	Nasenatmung beh. Hypersalivation Mundtrockenheit Seborrhoe Akkomod.Stör. Erbrechen Obstipation Diarrhoe Übelkeit Miktionserschw. Hitzegefühl Frösteln Flush Schwitzen Atemstörungen Kopfdruck	a) Muskeltonus erh. Hypokinese Seborrhoe Hypersalivation (1.5%) b) Herzsensationen Kopfdruck Hypochondrie Schwindel Übelkeit (1.8%)	Hypochondrie Übelkeit Kopfdruck Herzsensationen Schwindel Kollaps (2.2%)

Fortsetzung Tabelle 4

Faktor	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
		Herzsensationen Schwindel Kollaps and.vegetat.Syndrome		
manisch, schizo-affektiv	ideenflüchtig inkohärent gehoben, euphor. ekstatisch,verzückt gest.Selbstwertgef. antriebsgesteigert andere psychomot.St. Kontakt vermehrt (3.4%)	ideenflüchtig inkohärent gehoben, euphor. läppisch ekstatisch,verzückt gesteig.Selbstwert. antriebsgesteigert motorisch unruhig Sprachzerfall,Neolog. logorrhoisch Kontakt vermehrt	Vorbeireden ideenflüchtig inkohärent gest.Selbstwertgef. gehoben, euphor. antriebsgesteigert logorrhoisch (2.8%)	gehoben/euphor. läppisch gest.Selbstwertgefühl
Zwang, phobisch-anankast.	überwertige Ideen Zwangsdenken Zwangsimpulse Zwangshandlungen (1.8%)		Zwangsdenken Zwangsimpulse Mangel a. Krankh.gef. (1.1%)	Zwangsdenken Zwangsimpulse Zwangshandlungen Phobien and.phob.anank.Stör. (2.0%)

Fortsetzung Tabelle 4

Faktor	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
Hostilität, dysphor.	mürrisch,gereizt feindselig gespannt Mangel a. Krankhge. Mangel a. Krankh.e. Ablehn.d.Behandl. Aggressionstend. (2.6%)	mürrisch,gereizt feindselig gespannt motorisch unruhig negativistisch Mangel a. Krankh.gef.(1.5%) Mangel a. Krankh.eins. Ablehnung d. Behandl. Aggressionstendenzen Aggressionshandlungen	mürrisch,gereizt feindselig gespannt Aggressionshandl. bettlägrig	mürrisch,gereizt feindselig antriebsgesteigert Aggressionstendenzen (4.5%)
depressiv	Stör.d.Vit.gef. a) deprimiert hoffnungslos ängstlich innerl. unruhig Insuffizienzgefühl Schuldgefühl Verarmungsgef. Einschlafstör. Durchschlafstör. b) Appetit vermin. (3.5%)	Auffassungsstörungen Merkfähigkeitsstör. Gedächtnisstörungen ratlos Schuldwahn deprimiert hoffnungslos Insuffizienzgefühl Schuldgefühl umständlich Hypochondr. hypochondr. Wahn	deprimiert hoffnungslos ängstlich Einschlafstör. Schuldgefühl Durchschlafstör. Verk.d.Schlafdauer Appetit vermin. (2.2)	Stör. d. Vitalgef. deprimiert hoffnungslos ängstlich Insuffizienzgefühl Schuldgefühl Appetit vermin. (5%)

Fortsetzung Tabelle 4

Faktor	Uni München	Zürich	Berlin	MPI München
		Verarmungswahn		
		Gef.d.Gefühllos.k.		
		Stör.d.Vitalgef.		
		ängstlich		
		Insuffizienzgefühl		
		c) abends besser		
		Krankheitsgefühl		
		Suicidtendenzen		
		Suicidhandlungen		
		Sexualität vermin.		
		Einschlafstör.		
		verkürzte Schlafdauer		
		Appetit vermin.		

Tabelle 5

Abgrenzung der Involutionsdepression von endogener und neurotischer Depression (vergl. Tab.A4 und Tab.A5)

gemeinsam mit endogener Depression andere Werte als neurotische Depression höhere Ausprägung:	verschieden nur von neurotisch	Involutionsdepression spezifisch	verschieden nur von endogen	gemeinsam mit neurotischer Depression andere Werte als endogene Depression
Zahl d. Aufnahmen in psychiatr. Kliniken	klagsam	Erstmanifestationsalter		Ersterkrankung
Zahl d. Manifestationen	perseverierend	Alter		
Dauer d. Klinikaufenth.	Gedächtnisstörungen			
Konzentrationsstörungen				
Merkfähigkeitsstörungen				
Denken eingeengt				
Störungen d. Vitalgefühle				
innerlich unruhig				
Krankheitsgefühl				
Beschäftigung erschwert				
Durchschlafstörungen				
Appetit vermindert				
Obstipation				

Fortsetzung Tabelle 5

gemeinsam mit endogener Depression andere Werte als neurotische Depression geringere Ausprägung:	verschieden nur von neurotisch	Involutionsdepression spezifisch	verschieden nur von endogen	gemeinsam mit neurotischer Depression andere Werte als endogene Depression
Berufsausbildung Störungen i. d. Kindheit vorher Belastung psychisch früher Sedativa, Analgetika-Abusus Anzahl sicherer SV	früher SV		psych. Störungen bei Verwandten 1.Grades	Krankheitsdauer seit Erstmanifestation Gefühl d. Gefühllosigkeit deprimiert,traurig hoffnungslos Insuffizienzgefühl Schuldgefühl antriebsarm gehemmtes Denken Müdigkeit Mundtrockenheit

Tabelle 6

Restsymptomatik am Ende des Klinikaufenthalts
Vergleich endogene Depression - Involutionsdepression

	Mittelwerte Involution	endogen	t-Wert
Auffassungsstörungen	1.13	1.03	2.11 x
Konzentrationsstörung	1.44	1.26	2.16 x
Gedächtnisstörungen	1.26	1.12	2.05 x
Denken eingeengt	1.22	1.07	2.44 x
mürrisch	1.09	1.01	2.01 x
klagsam	1.23	1.09	1.99 x
Störung d. Vitalgef.	1.30	1.09	2.69 xx
abends besser	1.33	1.09	3.31 xx
Krankheitsgefühl	1.42	1.19	2.18 x
motorisch unruhig	1.10	1.01	1.11 x

x= überschreitet das 5%-Niveau
xx= signifikant auf dem 1%-Niveau

Tabelle 7

Abgrenzung der endogenen Depression von neurotischer und Involutionsdepression (vergl.TabA4 und A5)

gemeinsam mit neurotischer Depression anders als Involutionsdepression höhere Ausprägung:	verschieden nur von Involutionsdepression	endogene Depression spezifisch	verschieden nur von neurotisch	gemeinsam mit Involutionsdepression anders als neurotisch
	psych. Störungen bei Verwandten 1.Grades	Krankheitsdauer seit Erstmanif.	ängstlich	Zahl d. Aufnahmen in psychiatr. Kliniken
		Gefühl der Gefühllosigkeit		Zahl d. Manifestat.
		deprimiert/traurig		Dauer d. Klinikaufenth.
		hoffnungslos		Konzentrationsstör.
		Insuffizienzgefühl		Merkfähigkeitsstör.
		Schuldgefühl		Denken eingeengt
		affektstarr		Stör.d.Vitalgefühle
		antriebsgehemmt		innerl. unruhig
		antriebsarm		Krankheitsgefühl
		Denken verlangsamt		Beschäftigung erschw.
		abends besser		Durchschlafstörungen
		Mundtrockenheit		Appetit vermindert
		Müdigkeit		Obstipation

Fortsetzung Tabelle 7

gemeinsam mit neurotischer Depression anders als Involutionsdepression geringere Ausprägung:	verschieden nur von Involutionsdepression	endogene Depression spezifisch	verschieden nur von neurotisch	gemeinsam mit Involutionsdepression anders als neurotisch
umständlich		Ersterkrankung		Berufsausbildung Stör.i.d.Kindheit vorher Belastung psychisch früher Sedativa, Analgetika-Abusus Anzahl sicherer SV

Tabelle 8

Schweregrad, Klinikaufenthaltsdauer, Besserungswerte
Vergleich zwischen neurotischer, endogener und Involutionsdepression

	neurotisch	Involutions-depression	endogen	neurotisch-Involutions-depression	neurotisch-endogen	Involutionsd.-endogen
	Mittelwerte:			t-Werte:		
Zahl der Symptome	19.08	23.69	26.32	-3.61 xxx	-6.05 xxx	2.05 x
Summe d. Symptom-ausprägungen	28.32	38.76	46.35	-4.24 xxx	-7.26 xxx	2.74 xx
Endsymptomatik Summe	7.37	10.2	6.5	1.80	-0.66	2.51 x
Besserungsquotient	71.04%	71.97%	84.25%	0.16	2.68 xx	-2.93 xx
Dauer d. Klinikauf-enthalts	36.08	47.47	53.13	-2.83 xx	-3.68 xxx	-1.33
Besserungsrate	3.93	1.93	2.75	3.75 xxx	3.37 xx	-0.79

Tabelle 9

Abgrenzung der neurotischen Depression von endogener und Involutionsdepression (vergl.Tab.A4 und A5)
höhere Ausprägung:

gemeinsam mit Involutionsdepression anders als endogene Depression	verschieden nur von endogen	neurotische Depression spezifisch	verschieden nur von Involutionsdepression	gemeinsam mit endogener anders als Involutionsdepres.
Ersterkrankung		Berufsausbildung Störungen in der Kindheit Belastung psychisch früher Sedativa, Analgetika-Abusus Anzahl sicherer SV	früher SV	

Fortsetzung Tabelle 9

gemeinsam mit Involutionsdepression anders als endogene Depression geringere Ausprägung:	verschieden nur von endogen	neurotische Depression spezifisch	verschieden nur von Involutionsdepression	gemeinsam mit endogener anders als Involutionsdepr.
Krankheitsdauer seit Erstmanifestation	ängstlich	Zahl d. Aufnahmen in psych. Kliniken	klagsam	umständlich
Gefühl d. Gefühllosigkeit		Zahl d. Manifestat.	perseverierend	
deprimiert/traurig		Dauer d. Klinikaufenthalts	Gedächtnisstörungen	
hoffnungslos		Konzentrationsstör.		
Insuffizienzgefühl		Merkfähigkeitsstör.		
Schuldgefühl		Denken eingeengt		
antriebsarm		Stör.d.Vitalgefühle		
gehemmtes Denken		innerl. unruhig		
Müdigkeit		Krankheitsgefühl		
Mundtrockenheit		Beschäftigung erschw.		
		Durchschlafstörungen		
		Appetit vermindert		
		Obstipation		
		Alter		

Tabelle 10

Altersstichprobe: Vergleich neurotisch - endogen - Involutionsdepression
Es wurden alle Unterschiede berücksichtigt, die das 5%-Niveau überschreiten

neurotisch	endogen	Involutionsdepression
Störung in der Kindheit	Gefühl d. Gefühllosigkeit	Alter,
Belastung psychisch	deprimiert	Erstmanifestationsalter
	Schuldgefühl	mürrisch
	Insuffizienzgefühl	
	affektstarr	
	innerl. unruhig	
	antriebsgehemmt	
	Konzentrationsstörungen	
	verlangsamt	
	gehemmt	
	Krankheitsgefühl	
	Zahl der Manifestationen	
	Zahl d. Aufnahmen in psychiatr. Kliniken	
	Dauer d. Klinikaufenthalts	
	Krankheitsdauer seit Erstmanifest.	
	Störung der Vitalgefühle	
	abends besser	

Tabelle 11

Vergleich endogene Depression - schizoaffektive Psychose
(Auf dem Signifikanzniveau 1% gesicherte Unterschiede)

Endogen Depressive haben höhere Merkmalsausprägungen bei	Schizoaffektive Patienten haben höhere Merkmalsausprägungen bei
Alter	Aufnahme veranlaßt durch Familie
Dauer bis Aufnahme	Ersterkrankung
Gefühl d. Gefühllosigkeit	Symptomatik letzter Woche (zunehmend)
Störung d. Vitalgefühle	Wahnstimmung
deprimiert/traurig	Wahndynamik
innerlich unruhig	Beziehungswahn
klagsam	Verfolgungswahn
antriebsgestört	Störung d. Ichidentität
abends besser	mutistisch
Krankheitsgefühl	
hypochondrisch	
Insuffizienzgefühl	
Sexualität vermindert	
Schwitzen	
Kopfdruck	
Schwindel	

Tabelle 12

Zuordnung der Symptome zu den 9 Syndromfaktoren der Depressivenstichprobe (N=301)
Die untere Grenze der Faktorladung ist 0.4.

apathisch	somatisch	Schuld-Verarmung	vegetativ	paranoid-feindselig
gehemmt	Stör.d.Vitalge.	Wahnstimmung	Übelkeit	mürrisch, gereizt
verlangsamt	Einschlafstör.	Schuldwahn	Erbrechen	mißtrauisch, feindselig
eingeengt	Durchschlafstö-	Verarmungswahn	Frösteln	Beeinträcht./Verfolg.wahn
affektstarr	rung	Schuldgefühle	Schwitzen	
antriebsarm	Verkürzung der	Verarmungsgefühl	Schwindel	
Kontakt vermind.	Schlafdauer		Kollaps	
	Obstipation			

psychoorganisch	depressiv	agitiert	Hypochondrie
Auffassungsstör.	ratlos	beschleunigt/	Hypochondrie
Konzentrations-	deprimiert	ideenflüchtig	mürrisch, gereizt
störungen	hoffnungslos	innerl. unruhig	klagsam
Merkfähigkeitsst.	ängstlich	antriebsgesteigert	Kopfdruck
Gedächtnisstör.	innerl. unruhig	nicht antriebsarm	Herzsensationen
umständlich	affektinkontin.	logorrhoisch	Schwindel
perseverierend	Suicidtendenzen		
inkohärent	Einschlafneig.		
	am Tage		

Tabelle 14

Vergleich der Syndromfaktoren zwischen endogener Depression und schizoaffektiver Psychose
t-Test für heterogene Stichprobe
x=5% xx=1% xxx=0.1%

Faktor	Syndrom	Mittelwerte		Wahrscheinlichkeit des t-Wertes
		schizoaff.	endogen	
1	apathisch	.23	.49	.32
2	somatisch	-.28	.38	.004xxx
3	Schuld-Verarmung	.22	.00	.42
4	vegetativ	.23	.12	.61
5	paranoid,feinds.	1.0	-.23	.000xxx
6	psychoorganisch	-.10	-.08	.95
7	depressiv	-.04	.10	.51
8	agitiert	-.24	.04	.12
9	hypochondrisch	-1.06	.10	.000xxx

Tabelle 15

Schrittweise Diskriminanzanalyse endogen (E) - neurotisch (N) Involutionsdepression (I)
Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe mit Einzelsymptomen als Prädiktoren, verglichen mit Zufallsvariablen
Kriterium zur Aufnahme in die Gleichung: F-Wert mindestens gleich 3.05
77 Einzelsymptome als Prädiktoren davon 13 Variable in der Gleichung

	Analysestichprobe				Validierungsstichprobe			
	vorhergesagt als				vorhergesagt als			
		I	E	N		I	E	N
tatsächlich	I	67.3	10.9	21.8	I	37.5	29.2	33.3
	E	11.6	69.8	18.6	E	35.5	35.5	29.0
	N	8.9	14.3	76.8	N	8.7	13.0	78.3

richtig klassifiziert: 71.4%
Signifikanz: p=0.000

richtig klassifiziert: 46.1%
Signifikanz: p=0.006

(Die Ergenisse der Klassifikation sind ausgedrückt in Prozent der Zeilensumme, so daß in der Hauptdiagonale der Prozentsatz richtig klassifizierter Patienten je Diagnosegruppe steht)

Fortsetzung Tabelle 15

77 Zufallsvariable als Prädiktoren davon 7 Variable in der Gleichung

		Analysestichprobe vorhergesagt als:				Validierungsstichprobe vorhergesagt als:		
		I	E	N		I	E	N
tatsächlich	I	56.3	25.0	18.8	tatsächlich	23.1	35.9	41.0
	E	19.5	70.7	9.8		21.0	33.3	45.5
	N	18.4	13.2	68.4		39.0	19.5	41.5

richtig klassifiziert: 63.6% richtig klassifiziert: 32.7%
Signifikanz: p=0.000 Signifikanz: p=0.890

9 Zufallsvariable als Prädiktoren davon 2 Variable in der Gleichung

		Analysestichprobe vorhergesagt als:				Validierungsstichprobe vorhergesagt als:		
		I	E	N		I	E	N
tatsächlich	I	46.2	27.7	26.2	tatsächlich	28.9	28.9	42.1
	E	19.6	52.2	28.3		32.1	28.6	39.3
	N	20.9	23.3	55.8		44.4	16.7	38.9

richtig klassifiziert: 50.6% richtig klassifiziert: 32.4%
Signifikanz: p=0.000 Signifikanz: p=0.830

Tabelle 16

Diskriminanzanalyse endogen (E) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I), Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe, Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren. Schrittweise Diskriminanzanalyse (Kriterium: F-Wert mindestens 1.0)

	Analysestichprobe In der Gleichung sind alle Syndrome vorhergesagt:				Validierungsstichprobe vorhergesagt:			
		I	E	N		I	E	N
tatsächlich	I	50.9	25.5	23.6	I	29.2	31.3	39.6
	E	18.6	58.1	23.3	E	22.6	61.3	16.1
	N	7.1	12.5	80.4	N	21.7	4.3	73.9
	richtig klassifiziert: 63.6%				richtig klassifiziert: 49.0%			
	Signifikanz: p=0.000				Signifikanz: p=0.001			

Tabelle 17

Diskriminanzanalyse endogen (E) - neurotisch (N)
Klassifikationsergenisse
Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren
Schrittweise Diskrimnanzanalyse (Kriterium: F-Wert mindestens 1.0)

In die Gleichung sind Syndrome 1,2,3 und 8 als Prädiktoren aufgenommen

	Analysestichprobe			Validierungsstichprobe		
	vorhergesagt:			vorhergesagt:		
	E	N		E	N	
tatsächlich	E 68.2	31.8	tatsächlich	E 73.3	26.7	
	N 16.4	83.6		N 20.8	79.2	

richtig klassifiziert: 76.8%
Signifikanz: p=0.000

richtig klassifiziert: 75.9%
Signifikanz: p=0.000

Tabelle 18

6 Anamnese-Faktoren aus 52 Merkmalen
Zuordnung der Merkmale zu den Faktoren (in der Reihenfolge abnehmenden Faktorladungen bis 0.4)

1. Alter:
   Erstmanifestationsalter
   Beschäftigung beendet vor mehr als 1 Jahr
   getrennt vom Partner
   nicht ledig

2. kleiner Haushalt:
   nicht verheiratet (also ledig, geschieden, verwitwet)
   Mehrfamilienhaus
   geringe Anzahl Personen im Haushalt
   Mietwohnung
   getrennt vom Partner

3. soziale Einordnung gestört:
   in der Wohngemeinschaft
   in der Öffentlichkeit
   am Arbeitsplatz

4. Suicidalität:
   Anzahl sicherer Suicidversuche
   Aufnahme nicht durch den Arzt veranlaßt
   früher SV
   jetzt SV
   Aufnahme durch Behörde oder Klinik veranlaßt

Fortsetzung Tabelle 18

5. Störungen in der Kindheit:
   Störungen der Familiensituation in der Kindheit global
   Pflegekind
   Tod oder Trennung vom Vater
   Tod oder Trennung von der Mutter
   unehelich

6. Krankheitsdauer:
   Zahl der Manifestationen
   Zahl der Aufnahmen in psychiatrische Abteilungen
   Krankheitsdauer seit Erstmanifestation
   früher psychische Störungen ab dem 16. Lebensjahr

Tabelle 19

Anamnese-Faktoren im Vergleich der depressiven Diagnosegruppen mit dem t-Test für varianzheterogene Stichproben. Involutionsdepression (I), endogene Depression (E), schizoaffektive Psychose mit depressiver Ausprägung (S)

	Mittelwerte				Wahrscheinlichkeit des t-Wertes			
Faktor	I	E	N	S	I/E	I/N	N/E	S/E
1. Alter	.64	-.07	-.48	-.67	.000xxx	.000xxx	.001xxx	.000xxx
2. kleiner Haushalt	.06	-.32	.09	.20	.005xx	.827	.006xx	.030x
3. soziale Einordnung gestört	-.13	-.11	.17	-.06	.863	.021x	.038x	.762
4. Suicidalität	-.17	-.20	.27	.07	.820	.004xx	.004xx	.125
5. Störungen in der Kindheit	-.10	-.16	.34	-.13	.674	.003xx	.002xx	.853
6. Krankheitsdauer	-.05	.34	-.41	.10	.006xx	.003xx	.000xxx	.242

Tabelle 20

Korrelationen zwischen Syndrom- und Anamnese-Faktoren

Syndrom	1 Alter	2 kleiner Haushalt	3 soziale Einord. gestört	4 Suicidalität	5 Störungen i.d.Kindh.	6 Krankheitsdauer
1.apathisch	.06	-.07	.02	-.17xx	-.01	.20xxx
2.somatisch	.16xx	-.03	.08	-.09	-.09	.14xx
3.Schuld-Verarmung	.14xx	.07	-.01	.06	-.17xx	-.03
4.vegetativ	.08	.03	.12x	.06	.03	.03
5.paranoid-feindselig	.04	.01	-.02	.10	-.00	-.03
6.psychoorg.	.21xxx	.05	.15xx	.07	.01	.12x
7.depressiv	.00	-.07	.09	.16xx	.03	-.09
8.agitiert	.01	.05	.05	-.20xxx	-.07	.10
9.hypochondrisch	.21xxx	-.04	.18xx	-.09	.01	-.03

x= Wahrscheinlichkeit unter der Nullhypothese (r=0) kleiner oder gleich 0.05

xx= Wahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 0.01

xxx= Wahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 0.001

Tabelle 21

Diskriminanzanalyse endogen (E) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I)
Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe
Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren (S) und 6 Anamnesefaktoren (A)
Schrittweise Diskriminanzanalyse (Kriterium: F-Wert mindestens 1.0)

	Analysestichprobe				Validierungsstichprob			
	In der Gleichung sind S1,S2,S3,S6,S7,S8,A1,A2,A3,A5,A							
	vorhergesagt:				vorhergesagt:			
		I	E	N		I	E	N
	I	70.9	20.0	9.1	I	55.3	21.3	23.4
tatsächlich	E	20.5	68.2	11.4	tatsächlich E	36.7	43.3	20.0
	N	10.9	7.3	81.8	N	8.3	8.3	83.3
richtig klassifiziert: 74.0%					richtig klassifiziert: 58.4%			
Signifikanz: p=0.000					Signifikanz: p=0.000			

Tabelle 22

Diskriminanzanalyse endogen (E) - neurotisch (N)
Klassifikationsergebnisse
Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren und 6 Anamnesefaktoren
Schrittweise Diskriminanzanalyse (Kriterium: F-Wert mindestens 1.0)

	Analysestichprobe In der Gleichung sind alle Faktoren vorhergesagt:		Validierungsstichprobe vorhergesagt:	
	E	N	E	N
tatsächlich E	84.1	15.9	63.3	36.7
tatsächlich N	5.5	94.5	12.5	87.5
richtig klassifiziert:	89.9%		74.1%	
Signifikanz:	p=0.00		p=0.00	

Tabelle 23

Diskriminanzanalyse endogen (E) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I)
Klassifikationsergebnisse von Analyse- und Kreuzvalidierungsstichprobe
Prädiktoren sind 9 Syndromfaktoren (S), sowie Erstmanifestationsalter, Störungen der Familiensituation in der Kindheit, Krankheitsdauer seit Erstmanifestation und Schweregrad (Summe der Symptomausprägungen)
Schrittweise Diskriminanzanalyse (Kriterium: F-Wert mindestens 1.0)

	Analysestichprobe				Validierungsstichprobe			
	In der Gleichung sind S4 und S9 und alle 4 Einzel-Merkmale							
	vorhergesagt:				vorhergesagt:			
		I	E	N		I	E	N
tatsächlich	I	85.7	12.5	1.8	I	85.1	2.1	12.8
	E	15.9	68.2	15.9	E	30.0	46.7	23.3
	N	7.3	12.7	80.0	N	8.3	8.3	83.3
richtig klassifiziert: 78.7%					richtig klassifiziert: 73.3%			
Signifikanz: p=0.000					Signifikanz: p=0.000			

A N H A N G

Tabelle A1 bis Tabelle A16

Tabelle A1

Gesamtstichprobe (N=1199): Häufigkeitsverteilung der Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der WHO (ICD, 8. Revision) Patienten der Universitäts-Nervenklinik München, die zwischen Oktober 1975 und Juli 1977 stationär behandelt wurden.
Endgültige Diagnosen am Ende des Klinikaufenthalts

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
	unbekannt	16	
Demenzen bei präsenilen und senilen Hirnkrankheiten	290		13
senile Demenz	290.0	6	
Demenz bei präsenilen Hirnkrankheiten	290.1	5	
Andere und nicht näher bezeichnete	290.9	2	
Alkoholpsychosen	291		26
Delirium tremens	291.0	11	
Alkoholisches Korsakow-Syndrom	291.1	3	
Alkohol-Halluzinose	291.2	9	
Alkoholischer Eifersuchtswahn	291.3	1	
Alkoholrausch	291.4	1	
Andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychosen	291.9	1	
Psychosen bei intrakraniellen Infektionen	292		2
Bei anderen Encephalitiden	292.3	1	
Bei anderen intrakraniellen Infektionen	292.9	1	

Fortsetzung Tabelle A1

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen	293		52
Bei Hirnarteriosklerose	293.0	23	
Bei anderen cerebralen Durchblutungsstörungen	293.1	5	
Bei Epilepsie	293.2	6	
Bei intrakraniellen Tumoren	293.3	3	
Bei degenerativen Erkrankungen des ZNS	293.4	6	
Bei Hirntraumen	293.5	5	
Bei anderen und nicht näher bezeichneten cerebralen Störungen	293.9	4	
Psychosen bei anderen körlichen Störungen	294		27
Bei endokrinen Störungen	294.0	1	
Bei Intoxikationen durch Arnzeimittel od. Gifte	294.3	10	
Im Puerperium	294.4	14	
Bei anderen körperlichen Erkrankungen	294.8	2	
Schizophrenie	295		267
Schizophrenia simplex	295.0	6	
Hebephrene Form	295.1	35	
Katatone Form	295.2	10	
Paranoide Form	295.3	76	
Akute schizophrene Episoden	295.4	19	
Latente Schizophrenie	295.5	6	
Schizophrene Rest- und Defektzustände	295.6	28	

Fortsetzung Tabelle A1

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
Schizoaffektive Psychosen	295.7	85	
Andere Schizophrenieformen	295.8	2	
Affektive Psychosen	296		265
Involutionsdepression	296.0	122	
Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder periodischen Manie	296.1	17	
Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression	296.2	97	
Zirkuläre Verlaufsform manisch-depressiver Psychosen	296.3	26	
Andere affektive Psychosen	296.8	3	
Paranoide Syndrome	297		40
Paranoia	297.0	9	
Paranoide Psychose im Involutionsalter	297.1	23	
Andere Wahnsyndrome	297.9	8	
Andere Psychosen	298		34
Reaktive depressive Psychose	298.0	12	
Reaktiver Erregungszustand	298.1	2	
Reaktiver Verwirrtheitszustand	298.2	11	
Akute paranoide Reaktion	298.3	8	
Nicht näher bezeichnete reaktive Psychosen	298.9	1	

Fortsetzung Tabelle A1

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
Nicht näher bezeichnete Psychosen	299		1
Neurosen	300		220
Angstneurose	300.0	20	
Hysterische Neurose	300.1	32	
Phobie	300.2	1	
Zwangsneurose	300.3	7	
Depressive Neurose	300.4	124	
Neurasthenie	300.5	14	
Hypochondrische Neurose	300.7	19	
Andere Neurosen	300.8	2	
Nicht näher bezeichnete Neurosen	300.9	1	
Persönlichkeitsstörungen	301		48
Paranoide Persönlichkeit	301.0	3	
Cyclothyme Persönlichkeit	301.1	8	
Schizoide Persönlichkeit	301.2	5	
Erregbare Persönlichkeit	301.3	5	
Anankastische Persönlichkeit	301.4	1	
Hysterische Persönlichkeit	301.5	6	
Asthenische Persönlichkeit	301.6	6	
Antisoziale Persönlichkeit	301.7	2	
Andere Persönlichkeitsstörungen	301.8	9	
Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen	301.9	3	
Sexuelle Verhaltensabweichungen	302		1
Homosexualität	302.0	1	

Fortsetzung Tabelle A1

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
Alkoholismus	303		58
Episodischer Alkoholmißbrauch	303.0	5	
Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch	303.1	13	
Chronischer Alkoholismus	303.2	40	
Medikamentenabhänigkeit	304		48
Opium, Opium-Alkaloide	304.0	20	
Synthetische Analgetika mit morphinähnlicher Wirkung	304.1	3	
Barbiturate	304.2	1	
Andere Schlafmittel und Sedativa od. Tranquilizer	304.3	16	
Haschisch, Marihuana	304.5	1	
Andere Stimulantien	304.6	1	
Andere Medikamente	304.8	6	
Psychosomatische Störungen	305		2
Haut	305.1	1	
Magen-Darm-Trakt	305.5	1	
Besondere Symptome, die nicht anderweitig klassifiziert werden können	306		10
Spezielle Lernstörungen	306.1	1	
Tick	306.2	1	
Schlafstörungen	306.4	2	
Eßstörungen	306.5	4	
Andere Symptome	306.9	2	

Fortsetzung Tabelle A1

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
Vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen	307		22
Verhaltensstörungen im Kindesalter	308		2
Kindlicher Autismus	308.0	1	
Verhaltensstörungen im Kindesalter mit neurotischer Komponente	308.2	2	
Psychische Störungen, die nicht als Psychosen bezeichnet werden können, jedoch mit körperlichen Krankheiten im Zusammenhang stehen	309		27
Bei Intoxikationen durch Pharmaka, Gifte und Intoxikationen bei Infektionskrankheiten	309.1	7	
Bei Hirnverletzungen	309.2	3	
Bei Kreislaufstörungen	309.3	6	
Bei Epilepsie	309.4	5	
Bei Stoffwechsel-, Wachstums- und Ernährungsstörungen	309.5	1	
Bei senilen und präsenilen Hirnkrankheiten	309.6	1	
Bei intrakraniellen Tumoren	309.7	1	
Bei degenerativen Erkrankungen des ZNS	309.8	3	

Fortsetung Tabelle A1

Diagnose	ICD-Nr.	Häufigkeiten	
Minderbegabung	310		7
Als Folge von Infektionskrankheiten od. Intoxikationen	310.0	3	
Im Zusammenhang mit Krankheiten od. Störungen, die nicht näher bekannt sind, jedoch pränatal zur Wirkung kamen	310.4	2	
Nach Frühgeburt	310.6	1	
Im Zusammenhang mit Störungen des psychosozialen Milieus	310.8	1	
Leichter Schwachsinn	311		2
Als Folge von Infektionskrankheiten od. Intoxikationen	311.0	1	
Im Zusammenhang mit Krankheiten od. Störungen, die nicht näher bekannt sind, jedoch pränatal zur Wirkung kamen	311.4	1	
Deutlicher Schwachsinn	312		1
Nach Frühgeburt	312.6	1	
Hochgradiger Schwachsinn	314		1
Als Folge von Infektionskrankheiten od. Intoxikationen	314.0	1	
Nicht näher bestimmbarer Schwachsinnsgrad	315		1
Als Folge von Infektionskrankheiten od. Intoxikationen	315.0	1	
Neurologische Krankheiten	316.1	6	

Tabelle A2

Einige Klassifikationsvorschläge depressiver Erkrankungen

Pollitt J.D. (1965): Physiologische S-Typ Depression
Psychologische J-Typ Depression

Overall et al (1966): Ängstlich-gespannte Depression
feindselige Depression
gehemmte Depression

Winokur et al (1969): 1. primär: a) unipolar
b) bipolar

2. sekundär: a) unipolar
b) bipolar

Tabelle A3

Liste und Kodierung der 53 in der Untersuchung verwendeten anamnestischen Merkmale aus der allgemeinen und Krankheitsanamnese des AMP-Systems
(Die Verschlüsselung entspricht oft nicht derjenigen des Belegbogens. Außerdem wurden mehrere Variablen zusammengefaßt.)

1. religiös-weltanschauliche Bindung 1=stark 3=konventionell 5=keine
2. Alter in Jahren
3. Geschlecht 1=männlich 2=weiblich
4. Alter bei Heirat in Jahren
5. Aufnahme veranlaßt durch den Arzt 1=nein 2=ja
6. Aufnahme veranlaßt durch die Familie 1=nein 2=ja
7. Halbgeschwister 1=nein 2=ja
8. Aufnahme veranlaßt durch Behörde, eigene Poliklinik oder andere Klinik 1=nein 2=ja
9. ledig 1=nein 2=ja
10. verheiratet 1=nein 2=ja
11. geschieden, getrennt oder verwitwet 1=nein 2=ja
12. Berufsausbildung 1=angelernt 2=Lehre 3=Fachschule 4=Hochschule
13. Beschäftigung bis vor 1=weniger als 1 Monat 2=weniger als 1 Jahr 3=mehr als 1 Jahr
14. soziale Einordnung gestört am Arbeitsplatz 1=nein 2=fraglich 3=ja
15. soziale Einordnung gestört in der Öffentlichkeit (Code wie vorige)
16. soziale Einordnung gestört in der Wohngemeinschaft (Code wie vorige)
17. sprachliche Einordnung 1=gut 3=ausreichend 5=schlecht
18. Entwicklung bis 18 Jahre in der Großstadt 1=nein 2=ja
19. Entwicklung in wechselnder Umgebung 1=nein 2=ja

Fortsetzung Tabelle A3

20. Schulschwierigkeiten 1=keine
2=einmal sitzengeblieben
3=Schule abgebrochen
4=mehrfach sitzengeblieben
5=Sonderschule
6=Schulbesuch weniger als 6 Jahre

21. berufliche Schwierigkeiten 1=keine
2=vorzeitiger Ruhestand oder arbeitslos
3=häufiger Stellungswechsel
4=mehrfacher Berufswechsel
5=beruflicher Abstieg

22. Einstellung zur beruflichen Situation 1=positiv 3=indifferent 5=negativ

23. Haushalt umfaßt Personen einschließlich Patient
1=eine 2=zwei 3=drei 4=vier bis sechs 5=mehr als 6 Personen

24. Wohnung Einstufung 1=gut 2=genügend 3=ungenügend 5=keine

25. Wohnung 1=Eigentum 2=Miete 3=Untermiete

26. Wohnhaus (Art) 1=Einfamilinhaus 2=Mehrfamilienhaus 3=andere

27. Zahl der Manifestationen

28. Zahl der Aufnahmen in psychiatrische Abteilung

29. Erstmanifestationsalter in Jahren

30. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Verwandten 1.Grades 1=Art nicht bestimmbar 2=anderer Art 3=gleicher Art

31. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei ferneren Verwandten Kodierung wie vorige

32. Störung in der Kindheit global
1=keine 2=fraglich 3=leicht 4=mittel 5=schwer

33. engste Bindung an 1=Vater 2=beide 3=Mutter 0=andere

34. unehelich 1=nein 2=ja

35. Trennung der Eltern 1=nein 2=ja

36. Pflege-, Stiefkind 1=nein 2=ja

Fortsetzung Tabelle A3

37. Tod des Vaters oder Trennung vom Vater bis 15 Jahre
    1=nein 2=ja
38. Tod der Mutter oder Trennung von der Mutter bis 15
    Jahre 1=nein 2=ja
39. früher Alkoholabusus 1=nein 3=fraglich 4=sicher
40. früher psychische Störungen, älter als 15 Jahre
    3=keine 4=fraglich 5=ja
41. Ersterkrankung 1=nein 2=ja
42. Verlauf intermittierend 1=nein 2=ja
43. Verlauf chronisch 1=nein 2=ja
44. Verlauf progredient 1=nein 2=ja
45. Belastung somatisch 3=keine 4=fraglich 5=ja
46. Krankheitsdauer seit Erstmanifestation in Jahren
47. früher Sedativa-, Analgetikaabusus 1=nein 3=fraglich
    4=sicher
48. früher Suicidversuch Code wie vorige
49. Anzahl sicherer Selbstmordversuche
50. jetzt Suicidveruch 1=nein 4=fraglich 5=sicher
51. Belastung psychisch 3=keine 4=fraglich 5=ja
52. Dauer bis zur Aufnahme 1=bis 1 Woche 2=bis 1 Monat
    3=bis 6 Monate 4=bis 1 Jahr 5=länger als 1 Jahr
53. Symptomatik der letzten Woche
    1=abnehmend 3=gleich 5=zunehmend

Tabelle A4a

Anamnestische Merkmale:
Mittelwertsvergleich neurotische (ICD 300.4), endogene (ICD 296.2) und Involutionsdepression (ICD 296.0)
t-Test für varianzheterogene Stichrpoben (x=p höchstens 0.05, xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)

	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeiten p		
	Neurot.	Endog.	Invo.	Neurot. -Invol.	Neurot. -Endog.	Involut. -Endogen
	n=79	n=74	n=103			
1. relig.Bindung	3.06	2.60	2.68	.020x	.011x	.614
2. Alter in Jahren	35.89	48.01	61.22	.000xxx	.000xxx	.000xxx
3. Geschlecht	1.84	1.80	1.85			
4. Alter bei Heirat	23.30	25.02	25.98	.003xxx	.052	.271
5. Aufnahme d. Arzt	1.56	1.59	1.62			
6. Aufnahme	1.06	1.04	1.07			
7. Halbgeschwister	1.09	1.14	1.10			
8. Aufnahme Behörde	1.41	1.32	1.32			
9. ledig	1.33	1.16	1.14			
10. verheirat.	1.42	1.66	1.52			
11. geschieden getr. verw.	1.27	1.22	1.34			
12. Berufsausb.	2.39	1.97	1.85	.000xxx	.009xx	.437
13. Beschäftig.	1.67	2.25	2.52	.000xxx	.004xx	.129
14. Soz. Einordnung Arb.	1.12	1.11	1.07	.430	.944	.467
15. Soz. Einord. Öffentl.	1.07	1.07	1.10	.516	1.000	.516
16. Soz. Einord. Wohnge.	1.22	1.19	1.18	.557	.617	.958

Fortsetzung Tabelle A4a

	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeiten p		
	Neurot.	Endog.	Invo.	Neurot. -Invol.	Neurot. -Endog.	Involut. -Endogen
17. sprachl. Einordnung	1.49	1.37	1.50	.953	.370	.322
18. Entw.bis 18 in Großst.	1.30	1.23	1.23	.291	.303	.960
19. Entw. in wechs.Umgeb.	1.08	1.01	1.06	.641	.060	.098
20. Schulschwierigkeiten	1.33	1.14	1.12	.043x	.064	.823
21. berufl. Schwierigk.	1.25	1.15	1.13	.225	.352	.776
22. Einst. zur berufl. Sit.	2.36	1.91	2.24	.717	.166	.304
23. Haushalt Personen	2.49	2.79	2.20	.099	.130	.001xxx
24. Wohnung Einstufung	1.35	1.23	1.27	.359	.196	.567
25. Wohnung Art	1.77	1.63	1.63	.102	.144	.972
26. Wohnhaus	1.71	1.61	1.74	.732	.290	.159
27. Zahl d. Manifestationen	1.90	3.70	2.81	.006xx	.000xxx	.033x
28. Zahl d. Aufnahm.i.psych.	1.56	2.42	2.20	.010xx	.000xxx	.431
29. Erstmanifestationsalt.	31.13	35.74	54.53	.000xxx	.036x	.000xxx
30. Psych. Erkr.b.Verw.1.G.	1.72	2.12	1.55	.338	.064	.005xx
31. Psych. Erkr.fern.Verw.	1.13	1.32	1.18	.510	.099	.257
32. Stör. i. d. Kindheit	2.81	2.05	1.78	.000xxx	.001xxx	.169

Fortsetzung Tabelle A4a

	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeiten p		
	Neurot.	Endog.	Invo.	Neurot. -Invol.	Neurot. -Endog.	Involut. -Endogen
33. engste Bindung an	2.47	2.35	2.19	.055	.410	.265
34. unehelich	1.06	1.01	1.04			
35. Trennung d. Eltern	1.13	1.03	1.03			
36. Pflege-, Stiefkind	1.05	1.03	1.03			
37. Tod: Vater	1.30	1.15	1.19			
38. Tod: Mutter	1.05	1.09	1.14			
39. früher Alkoholabusus	1.27	1.14	1.06	.041x	.252	.332
40. früher psychische Stör.	4.58	4.84	4.57	.990	.066	.027xx
41. Ersterkrankung	1.53	1.15	1.39			
42. Verlauf int.	1.65	1.68	1.60			
43. Verl. chron	1.27	1.14	1.19			
44. Verl. prog.	1.08	1.05	1.11			
45. Belastung somatisch	3.43	3.41	3.54	.401	.919	.338
46. Krank.dauer Erstman.i.Jah.	3.99	8.43	5.11	.337	.004xx	.031x
47. Sedat.abus.	1.33	1.00	1.03	.007xx	.002xx	.320
48. Suicidvers.	1.82	1.55	1.35	.009xx	.186	.218
49. Anz.sich.SV	1.57	1.22	1.23	.008xx	.006xx	.853
50. jetzt SV	1.61	1.51	1.34	.252	.674	.482
51. Belast.psy.	4.64	3.91	4.10	.000xxx	.000xxx	.190
52. Dauer bis Aufnahme	2.93	2.94	2.98	.773	.934	.825
53. Symptomatik d. letzt.Wo	4.24	4.19	4.28	.827	.813	.662

Tabelle A4b

Alternativ skalierte anamnestische Merkmale:
paarweise Gruppenvergleich
Neurotische (ICD 300.4), Endogende (ICD 296.2), Involutionsdepression (ICD 296.0) und Schizoaffektive Psychose mit depressiver Symptomatik (ICD 295.7)
Kontingenztafelanalyse mit Fischers exakten Wahrscheinlichkeiten (p)
(x=p höchstens 0.05, xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)
Skalenbereich: 1=nein 2=ja

	Häufigkeit der Ausprägung 2 (ja)				Fischers exakte Wahrscheinlichkeiten			
	Neur. n=79	End. n=74	Inv. n=103	Sch. n=30	Neur./ End.	Inv./ Neur.	Inv./ Neur.	End./ Schiz.
3. Geschl. weibl.	66	59	88	23	.68	.84	.42	.79
5. Aufnahme Arzt	44	44	64	14	.74	.45	.76	.28
6. Aufnahme Familie	5	3	7	8	.72	1.00	.52	.002xx
7. Halbgeschw.	7	10	10	1	.44	1.00	.48	.17
8. Aufnahme Behörde	32	24	33	7	.32	.28	1.00	.48
9. ledig	26	12	14	11	.02x	.002xx	.67	.04x
10. verheiratet	33	49	51	15	.003xx	.18	.09	.18
11. getrennt	21	16	35	4	.57	.33	.09	.42
18. Entw.Großst.	24	17	24	6	.36	.31	1.00	.80
19. Entw.wechs.U.	6	1	6	3	.12	.77	.24	.07
34. unehelich	5	1	4	1	.21	.50	.40	.50
35. Tren.d.Elt.	10	2	3	2	.03x	.02x	1.00	.58
36. Pflegekind	4	2	3	1	.68	.47	1.00	1.00
37. Tod Vater	24	11	20	6	.03x	.12	.55	.56

Fortsetzung Tabelle A4b

	Häufigkeit der Ausprägung 2 (ja)				Fischers exakte Wahrscheinlichkeiten			
	Neur.	End.	Inv.	Sch.	Neur./	Inv./	Inv./	End./
38. Tod Mutter	4	7	14	2	.36	.08	.48	1.00
41. Ersterkr.	42	11	40	12	.00xxx	.07	.001xxx	.01xx
42. interm.Verl.	24	43	38	11	.83	.67	.46	.58
43. chron.Verl.	10	9	12	4	.19	.45	.63	.47
44. progr.Verl.	3	3	7	1	.67	.74	.32	1.00

Tabelle A5

Die 77 häufigsten Symptome der Depressiven-Stichprobe (N=301) paarweiser Mittelwertsvergleich zwischen Neurotischer, Endogener und Involutionsdepression
t-Test für varianzheterogene Stichproben (x=p höchstens 0.05, xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)

Symptom	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeit p		
	Neur.	Inv.	End.	Neur./I	Neur./E	Inv./E
1. Auffassungsst.	1.14	1.31	1.34	.034x	.026x	.769
2. Konzentrationsst.	1.57	1.90	2.07	.007xx	.000xxx	.242
3. Merkfähigkeit	1.14	1.52	1.47	.000xxx	.001xxx	.673
4. überw. Ideen	1.08	1.16	1.15	.241	.345	.938
5. Zwangsdenken	1.08	1.18	1.16	.138	.268	.806
6. Wahnstimmung	1.00	1.11	1.04	.011x	.182	.196
7. Schuldwahn	1.01	1.21	1.19	.003x	.017x	.820
8. Verarmungswahn	1.00	1.21	1.12	.002x	.038x	.294
9. ratlos	1.66	1.67	1.93	.931	.071	.077
10. affektarm	1.32	1.32	1.18	.969	.136	.118
11. Gefühl d. Gefühllosigkeit	1.11	1.17	1.62	.444	.000xxx	.001xxx
12. Stör.d.Vitalgef.	1.86	2.31	2.72	.006xx	.000xxx	.022x
13. deprimiert	2.85	2.87	3.15	.826	.022x	.019x
14. hoffnungslos	1.90	1.95	2.36	.749	.010xx	.015x
15. ängstlich	2.05	2.32	2.55	.068	.002xx	.140
16. mürrisch, gereizt	1.15	1.20	1.09	.479	.447	.152
17. mißtrauisch	1.27	1.35	1.27	.369	.965	.442
18. gespannt	1.50	1.70	1.68	.146	.233	.875
19. innerl. ruhig	2.03	2.36	2.47	.022x	.007xx	.485
20. klagsam/jammerig	1.48	1.98	1.70	.001xxx	.154	.083
21. antriebsgesteigert	1.09	1.24	1.26	.036x	.098	.896
22. motorisch unruhig	1.14	1.39	1.47	.007xx	.005xx	.505
23. logorrhoisch	1.05	1.13	1.09	.154	.465	.638
24. abends besser	1.38	1.81	2.18	.001xxx	.000xxx	.018x
25. Kontakt verm.	1.94	2.09	2.24	.330	.068	.330

Fortsetzung Tabelle A5

Symptom	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeit p		
	Neur.	Inv.	End.	Neur./I	Neur./E	Inv./E
26. Krankheitsgefühl	2.08	2.40	2.72	.049x	.001xxx	.074
27. Intelligenzstör.	1.56	1.65	1.42	.516	.345	.092
28. Gedächtnisstör.	1.13	1.38	1.30	.005xx	.097	.474
29. gehemmt	1.13	1.24	1.65	.159	.000xxx	.002xx
30. verlangsamt	1.23	1.61	1.96	.000xxx	.000xxx	.017x
31. eingeengt	1.27	1.76	1.86	.000xxx	.000xxx	.467
32. umständlich	1.15	1.39	1.20	.008xx	.511	.046x
33. perseverierend	1.06	1.35	1.18	.001xxx	.096	.062
34. beschleunigt	1.08	1.09	1.01	.844	.204	.046x
35. inkohärent	1.03	1.13	1.04	.061	.751	.170
36. Hypochondrie	1.23	1.47	1.31	.042x	.453	.212
37. Beziehungswahn	1.01	1.08	1.03	.068	.530	.185
38. Beeintr.-Verfolg.	1.01	1.18	1.07	.005xx	.276	.124
39. Insuffizienzgef.	2.00	1.96	2.61	.808	.001xxx	.000xxx
40. Schuldgefühl	1.35	1.57	1.91	.089	.000xxx	.040x
41. Verarmungsgefühl	1.06	1.29	1.20	.011x	.090	.404
42. ambivalent	1.35	1.26	1.43	.399	.557	.169
43. affektiv inadäqu.	1.09	1.04	1.09	.328	.935	.377
44. affektlabil	1.32	1.43	1.28	.298	.758	.198
45. affektinkontinent	1.20	1.28	1.19	.387	.879	.299
46. affektstarr	1.10	1.30	1.57	.006xx	.000xxx	.026x
47. antriebsarm	1.82	1.98	2.41	.256	.001xxx	.013x
48. antriebsgehemmt	1.16	1.41	1.72	.013x	.000xxx	.047x
49. Mangel a. Krankheitsgefühl	1.05	1.17	1.15	.203	.205	.881
50. Mangel a. Krankheitseinsicht	1.20	1.34	1.42	.168	.070	.530
51. Ablehnung d. Beh.	1.03	1.08	1.09	.183	.141	.732
52. Suicidtendenzen	1.62	1.51	1.61	.403	.934	.480
53. Suicidhandlungen	1.47	1.20	1.18	.040x	.028x	.774
54. Sexualität verm.	1.39	1.32	1.78	.540	.013x	.003xx

Fortsetzung Tabelle A5

Symptom	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeit p		
	Neur.	Inv.	End.	Neur./I	Neur./E	Inv./E
55. Nahrungsablehnung	1.03	1.08	1.11	.209	.161	.626
56. Beschäftigung erschwert	1.10	1.48	1.45	.000xxx	.003xx	.831
57. Einschlafstörung	2.32	2.65	2.74	.021x	.011x	.538
58. Durchschlafstör.	2.20	2.51	2.66	.035x	.007xx	.341
59. Verk. d. Schlafd.	1.51	1.67	1.85	.244	.037x	.282
60. Einschl.neig. a.	1.10	1.20	1.27	.181	.052	.485
61. Müdigkeit	1.49	1.58	1.93	.505	.007xx	.030x
62. verst. Traumtät.	1.16	1.12	1.16	.558	.980	.580
63. Appetit vermind.	1.97	2.47	2.54	.001xxx	.001xxx	.645
64. Durst vermehrt	1.09	1.10	1.34	.895	.012x	.012
65. Mundtrockenheit	1.28	1.25	1.55	.508	.003xx	.008xxx
66. Übelkeit	1.19	1.11	1.30	.267	.286	.026x
67. Erbrechen	1.10	1.04	1.14	.202	.629	.114
68. Obstipation	1.28	1.59	1.66	.008xx	.004xx	.630
69. Miktionserschwer.	1.00	1.10	1.12	.018x	.012x	.692
70. Hitzegefühl	1.13	1.23	1.23	.191	.219	.971
71. Frösteln	1.15	1.15	1.08	.936	.300	.282
72. Schwitzen	1.38	1.30	1.62	.452	.079	.014x
73. Atemstörungen	1.20	1.17	1.12	.660	.345	.570
74. Kopfdr. o. ä.	1.48	1.45	1.64	.791	.313	.184
75. Herzsensationen	1.43	1.44	1.26	.957	.128	.094
76. Schwindel	1.37	1.21	1.43	.085	.551	.025x
77. Kollaps	1.10	1.06	1.12	.484	.775	.310

Tabelle A6a

Anamnestische Merkmale:
Vergleich der depressiven mit den nicht-depressiven Diagnogegruppen
Entfernt wurden alle Patienten der Diagnosegruppen 295.7 (schizoaffektive Psychose) und 296.3 (zirkuläre manisch-depressive Psychose)
Einfache Varianzanalyse (x= Irrtumswahrscheinlichkeit p höchsten 0.05)
xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)

Depressive haben höhere Mittelwerte bei:

	nicht depr. n=733	depressiv n=355	F-Wert
Alter	38.49	47.62	82.88xx
Geschlecht	1.59	1.78	38.14xx
Aufnahme Arzt	1.48	1.61	14.27xx
verheiratet	1.33	1.51	34.00xx
getrennt	1.19	1.27	8.02xx
Zahl d. Manifestationen	2.42	2.79	4.93x
Erstmanifestationsalter	32.92	41.10	70.23xx
Krankheit Verw. 1.Grades	1.61	1.77	4.08x
Krankheitsdauer	4.49	5.54	5.10x
jetzt SV	1.33	1.55	8.01x
religiöse Bindung (umgekehrt skaliert)	3.08	2.89	7.45xx

niedrigere Mittelwerte bei:

ledig	1.49	1.23	70.43xx
Großstadt	1.37	1.27	10.08xx
Lernschwierigkeiten	1.33	1.19	7.29xx
Berufsschwierigkeiten	1.45	1.20	19.22xx
Wohnung Einstufung	1.50	1.30	21.36xx

Fortsetzung Tabelle A6a

	nicht depr.	depressiv	F-Wert
Wohnung Eigentum	1.84	1.68	19.70xx
Wohnung Art	1.86	1.72	18.16xx
unehelich	1.09	1.05	6.05x
Trennung d. Eltern	1.12	1.07	5.76x
früher Alkoholabusus	1.56	1.23	25.69xx

Tabelle A6b

Symptome: Vergleich der depressiven (N=355) mit den nicht-depressiven Diagnosegruppen (N=733)
Die Patienten der Diagnosegruppen 295.7 (schizoaffektive Psychose) und 296.3 (zirkuläre Verlaufsform der manisch-depressiven Psychose) wurden entfernt.
Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede
Einfache Varianzanalyse (x=Irrtumswahrscheinlichkeit p höchstens 0.05, xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)

Depressive haben höhere Ausprägungen bei folgenden Symptomen:

	nicht-depr.	depressiv	F-Wert
Schuld-Wahn	1.04	1.14	12.95xx
Verarmungswahn	1.01	1.10	22.02xx
Gefühl d. Gefühllosigkeit	1.06	1.24	31.19xx
Störung d. Vitalgefühle	1.14	2.23	117.17xx
deprimiert/traurig	1.85	2.90	321.42xx
hoffnungslos	1.42	2.07	116.66xx
ängstlich	1.81	2.29	53.17xx
innerl. unruhig	2.00	2.27	14.93xx
klagsam	1.36	1.75	45.47xx
abends besser	1.12	1.70	174.92xx
Krankheitsgefühl	1.74	2.42	96.62xx
gehemmt	1.21	1.32	7.23xx
eingeengt	1.45	1.60	7.68xx
Hypochondrie	1.17	1.37	21.40xx
Insuffizienz-Gefühl	1.42	2.13	140.92xx
Schuld-Gefühl	1.20	1.58	60.70xx
Verarmungs-Gefühl	1.03	1.19	36.41xx
antriebsarm	1.57	2.03	57.04xx
antriebsgehemmt	1.20	1.41	22.61xx
Suicid-Tendenzen	1.28	1.66	63.33xx
Suicid-Handlungen	1.14	1.29	14.47xx
Einschlaf-Störungen	2.07	2.49	38.16xx

Fortsetzung Tabelle A6b

	nicht-depr.	depressiv	F-Wert
Durchschlaf-Störungen	2.05	2.44	30.16xx
Verkürzung d. Schlafdauer	1.55	1.68	4.13x
Müdigkeit	1.30	1.63	40.59xx
Appetit vermindert	1.72	2.24	66.51xx
Mundtrockenheit	1.16	1.32	18.94xx
Obstipation	1.18	1.47	48.24xx
Atem-Störungen	1.07	1.14	6.27x
Kopfdruck	1.33	1.52	12.61xx
Herz-Sensationen	1.25	1.36	6.59x

Depressive haben geringere Ausprägungen bei folgenden Symptomen:

	nicht-depr.	depressiv	F-Wert
Auffassungs-Störungen	1.47	1.26	18.22xx
überwertige Ideen	1.19	1.12	3.95x
Wahnstimmung	1.40	1.05	57.43xx
mürrisch	1.46	1.22	22.45xx
mißtrauisch	1.57	1.30	26.23xx
antriebsgesteigert	1.40	1.24	10.93xx
motorisch unruhig	1.63	1.37	21.12xx
Intelligenz-Störung	1.71	1.55	5.16x
Gedächtnis-Störung	1.42	1.28	7.31xx
beschleunigt/ideenflüchtig	1.31	1.08	27.90xx
inkohärent	1.40	1.06	50.84xx
Beziehungs-Wahn	1.33	1.04	47.56xx
Verfolgungs-Wahn	1.41	1.08	48.71xx
affektiv inadäquat	1.36	1.07	45.10xx
Mangel an Krankheitsgefühl	1.54	1.11	61.25xx
Mangel an Krankheitseinsicht	1.78	1.30	54.18xx
Ablehnen der Behandlung	1.32	1.08	29.94xx
sexuell vermindert	1.28	1.47	15.04xx

Tabelle A7

Altersstichprobe (über 44-Jährige): Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede
Paarweise Gruppenvergleiche endogen (F) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I)
t-Test für varianzheterogene Stichproben bzw. Fishers exakte Wahrscheinlichkeiten bei alternativen Merkmalen
(x= Irrtumswahrscheinlichkeit p höchstens 0.05, xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)

Symptom	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeit p		
	E	I	N	I/N	E/N	E/N
	n=41	n=102	n=17			
Alter	57.51	61.45	54.76	.005xx	-	.004xx
Zahl der Manifestat.	4.07	2.82	2.35	-	.009xx	-
Zahl d. Aufn. i. psychiatr. Klinik	2.51	2.15	1.71	-	.032x	-
Stör. i. d. Kindheit	1.85	1.76	2.94	.010xx	.023x	-
Ersterkrankung	1.12	1.39	1.41	-	.041x	.001xxx
Krankh.dauer s. Erstmanifestation	11.05	5.04	7.88	-	-	.011x
Belastung psychisch	3.99	4.10	4.54	.028x	.018x	-
Konzentrationsstör.	2.27	1.92	1.71	-	.020x	.020x
Gefühl d. Gefühllos.	1.73	1.18	1.12	-	.004xx	.004xx
Stör. d. Vitalgef.	2.85	2.33	1.71	.028x	.000xxx	-
deprimiert/traurig	3.34	2.90	2.88	-	-	.002xx
mürrisch, gereizt	1.00	1.21	1.29	-	-	.002xx
innerlich unruhig	2.78	2.38	2.35	-	-	.035x
motorisch unruhig	1.73	1.39	1.18	-	.008xx	.050x
abends besser	2.2	1.82	1.24	.009xx	.000xxx	-
Krankheitsgefühl	2.66	2.40	1.88	-	.016x	-
gehemmt	1.61	1.25	1.12	-	.005xx	-
verlangsamt	1.80	1.62	1.24	.007xx	.002xx	-
beschleunigt	1.00	1.09	1.35	-	-	.020x

Fortsetzung Tabelle A7

	Mittelwerte			Irrtumswahrscheinlichkeit p		
	E	I	N	I/N	E/N	E/N
Insuffizienzgefühl	2.73	1.98	2.00	-	.021x	.001xxx
Schuldgefühl	2.10	1.58	1.35	-	.011x	-
affektstarr	1.63	1.31	1.12	-	.003xx	-
antriebsgehemmt	1.88	1.43	1.12	.040x	.000xxx	.012x

Tabelle A8

Gruppenvergleich endogen depressiv - schizoaffektiv (nur depressive)
Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede
t-Test für varianzheterogene Stichproben bzw. bei alternativen Merkmalen
Fishers exakte Wahrscheinlichkeiten
(x= Irrtumswahrscheinlichkeit p höchstens 0.05, xx=p höchstens 0.01, xxx=p höchstens 0.001)

Merkmal	Mittelwerte endogen n=74	schiz. n=30	Irrtumswahrscheinlichkeit p p-Wert	
Alter	48.01	37.40	.000	xxx
Aufnahme veranl. Fa.	1.04	1.27	.002	xx
ledig	1.16	1.37	.040	x
Berufsausbildung	1.97	2.38	.038	x
Beschäftigung b. vor	2.25	1.62	.012	x
Krankh. Verw. 1.Grad.	2.12	1.50	.012	x
Ersterkrankung	1.15	1.40	.009	xx
Dauer b. Aufnahme	2.94	2.07	.000	xxx
Symptomatik letzt.Wo	4.19	4.86	.000	xxx
Wahnstimmung	1.04	1.77	.001	xxx
Wahneinfall	1.04	1.43	.025	x
Wahn-Dynamik	1.03	1.53	.008	xx
Gefühl d. Gefühllos.	1.62	1.00	.000	xxx
Störg. d. Vitalgefüh.	2.72	1.67	.000	xxx
deprimiert/traurig	3.15	2.30	.001	xxx
innerl. unruhig	2.47	1.83	.010	xx
klagsam	1.70	1.20	.004	xx
antriebsgestört	1.26	1.00	.006	xx
abends besser	2.18	1.23	.000	xxx
Krankheitsgefühl	2.72	1.77	.000	xxx
gesperrt	1.01	1.40	.031	x

Fortsetzung Tabelle A8

Merkmal	Mittelwerte		Irrtumswahrscheinlichkeit p	
	endogen	schiz.	p-Wert	
hypochondrisch	1.31	1.00	.000	xxx
Beziehungswahn	1.03	1.50	.008	xx
Verfolgungswahn	1.07	1.63	.004	xx
Stimmenhören	1.00	1.43	.025	x
Stör. d. Ichident.	1.00	1.73	.001	xxx
Autismus	1.01	1.33	.038	x
Insuffizienzgefühl	2.60	1.63	.000	xxx
mutistisch	1.03	1.53	.008	xx
Sexualität verm.	1.78	1.23	.004	xx
Müdigkeit	1.93	1.40	.011	x
Durst vermehrt	1.34	1.07	.013	x
Mundtrockenheit	1.55	1.23	.025	x
Obstipation	1.66	1.27	.016	x
Schwitzen	1.62	1.17	.001	xx
Kopfdruck	1.64	1.07	.000	xxx
Schwindel	1.43	1.03	.000	xxx

Tabelle A9

Merkmale, bei denen die in der gesamten Stichprobe (g) vorhandenen Gruppenunterschiede in der Altersstichprobe (a) verschwinden (N=neurotisch, E=endogen, I=Involutionsdepression)
gr.=größer als
n.s.=nicht signifikant

Merkmal		N	I	E	Unterschied in der ges. Stichprobe
ledig	g:	1.33	1.14	1.16	N gr. I,E
	a:	1.12	1.14	1.15	n.s.
früher SV	g:	1.82	1.35	-	N gr. I
	a:	1.35	1.35	-	n.s.
Anz. sich.	g:	1.57	1.23	1.22	N gr. I,E
SV	a:	1.24	1.23	1.20	n.s.
Auffassungs	g:	1.14	1.31	1.34	E,I gr. N
störungen	a:	1.24	1.31	1.34	n.s.
Merkfähig-	g:	1.14	1.52	1.47	E,I gr. N
keitsstör.	a:	1.29	1.52	1.59	n.s.
klagsam	g:	1.48	1.98	1.70	I gr. N
	a:	1.71	1.98	1.73	n.s.
antriebs-	g:	1.09	1.24	1.26	I gr. N
gesteig.	a:	1.24	1.24	1.32	n.s.
Gedächtnis-	g:	1.13	1.38	1.30	I gr. N
störungen	a:	1.29	1.38	1.44	n.s.
eingeengt	g:	1.27	1.76	1.86	E,I gr. N
	a:	1.53	1.76	2.00	n.s.
umständl.	g:	1.15	1.39	1.20	I gr. E,N
	a:	1.29	1.39	1.34	n.s.
Hypochondr.	g:	1.23	1.47	1.31	I gr. N
	a:	1.35	1.47	1.22	n.s.
Suicidhdlg.	g:	1.47	1.20	1.18	N gr. I,E
	a:	1.18	1.20	1.17	n.s.

Fortsetzung Tabelle A9

Merkmal	N	I	E	Unterschied i. d. ges Stichprobe
Sexualität vermin.	g:1.39	1.32	1.78	E gr. N,I
	a:1.24	1.32	1.51	n.s.
Einschlafst.	g:2.32	2.65	2.74	E,I gr. N
	a:2.71	2.65	2.83	n.s.
Durchschlafstör.	g:2.20	2.51	2.66	E,I gr. N
	a:2.76	2.51	2.88	n.s.
Müdigkeit	g:1.49	1.58	1.93	E gr. I,N
	a:1.59	1.58	1.73	n.s.
Appetitminderung	g:1.97	2.47	2.54	E,I gr. N
	a:2.29	2.47	2.68	n.s.
Übelkeit	g:1.19	1.11	1.30	E gr. I
	a:1.29	1.11	1.22	n.s.
Obstipation	g:1.28	1.59	1.66	E,I gr. N
	a:1.53	1.59	1.88	n.s.

Tabelle A10

Altersunterschiede (Vergleich der bis 44-jährigen mit den über 44-jährigen Patienten) innerhalb der endogenen und der neurotischen Diagnosegruppe. Liste der signifikanten Merkmalsunterschiede.
t-Test für varianzheterogene Stichproben
x= Irrtumswahrscheinlichkeit p höchstens 0.05
xx= p höchstens 0.01, xxx= höchstens 0.001

Endogen Depressive

Variable	Alt	Jung	Irrtums-
	n=41	n=33	wahrscheinlichkeit
Alter	57.51	36.21	
Haushalt Personen Anzahl	2.44	3.23	.003 xx
Erstmanifestationsalter	41.78	30.33	.000 xxx
früher Alkoholabusus	1.24	1.00	.049 x
Krankheitsdauer	11.05	5.18	.013 x
Verarmungswahn	1.22	1.00	.037 x
deprimiert/traurig	3.34	2.90	.022 x
innerlich unruhig	2.78	2.09	.007 xx
klagsam	1.93	1.42	.025 x
umständlich	1.34	1.03	.003 xx
ambivalent	1.22	1.70	.029 x
Mangel an Krankheitsgefühl	1.00	1.33	.025 x
Sexualität vermindert	1.51	2.12	.012 x
Obstipation	1.88	1.39	.022 x

Neurotisch Depressive

	n=17	n=62	
Alter	54.76	30.71	
Haushalt Personen Anzahl	1.82	2.68	.007 xx
jetzt Selbstmordversuch	1.00	1.77	.000 xxx
Durchschlafstörungen	2.76	2.05	.009 xx
Einschlafen am Tage	1.00	1.13	.031 x

Tabelle A11

Faktorenanalyse über 155 Symptome (Hauptkomponentenverfahren)
Gesamtstichprobe aller psychiatrischen Diagnosegruppen (N=1199)
Eigenwertverlauf der Faktoren

Faktor	Eigenwert	Prozent der Gesamtvarianz	kumulativ	Eigenwertverlauf
1	9.99	6.45	6.45	----------
2	7.26	4.68	11.13	----------
3	5.49	3.54	14.67	----------
4	4.70	3.03	17.70	---------
5	3.89	2.51	20.21	--------
6	3.12	2.01	22.22	------
7	2.66	1.72	23.94	-----
8	2.58	1.66	25.60	-----
9	2.40	1.55	27.15	-----
10	2.23	1.44	28.59	----
11	2.16	1.39	29.99	----
12	1.98	1.28	31.26	----
13	1.91	1.23	32.49	----
14	1.84	1.19	33.68	----
16	1.74	1.12	35.95	---
17	1.71	1.10	37.01	---
18	1.67	1.08	38.13	---
19	1.63	1.05	39.19	---
20	1.59	1.03	40.21	---

Tabelle A12

Varimaxrotierte Faktorladungen ab 0.2 der 155 Symptome auf den 9 Syndromfaktoren bei der Faktorenanalyse der Gesamtstichprobe (N=1199)

Nr.	Symptom	paranoid	kataton	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
1	Bewußtseinstrübung	-	-	-.37	-	-	-	-	-	-	.18
2	delirant	-	-	-.50	-	-	-	-	-	-	.30
3	umdämmert	-	-.23	-.23	-	-	-	.22	-	-	.17
4	andere Bewußtseinstrüb.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03
5	Orientierungsstör. zeitl.	-	-	-.81	-	-	-	-	-	-	.70
6	Orientierungsstör. örtl.	-	-	-.82	-	-	-	-	-	-	.72
7	Orientierungsstör. situat.	-	-	-.80	-	-	-	-	-	-	.71
8	Orientier.stör. üb.eig.Ps.	-	-	-.64	-	-	-	-	-	-	.47
9	andere Orientierungsstör.	-	-	-.29	-	-	-	.25	-	-	.16
10	Auffassungsstörungen	-	-	-.63	-	-	-	-	.36	-	.57
11	Konzentrationsstörungen	-	-	-.48	-	-	-	-	.36	-	.49
12	Merkfähigkeitsstörungen	-	-	-.60	-	-	-	-.21	.31	-	.56
13	überwertige Ideen	-	-	-	-	-	-	.42	-	-	.23
14	Zwangsdenken	-	-	-	-	-	-	.49	-	-	.28
15	Zwangsimpulse	-	-	-	-	-	-	.51	-	-	.28
16	Zwangshandlungen	-	-	-	-	-	-	.61	-	-	.38
17	Phobien	-	-	-	-	-	-	.20	-	-	.05
18	andere Störungen	-	-	-	-	-	-	.35	-	-	.14

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	kataton	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
19	Wahnstimmung	-.74	-	-	-	-	-	-	-	.21	.61
20	Wahnwahrnehmung	-.70	-	-	-	-	-	-	-	-	.52
21	Wahneinfall	-.71	-	-	-	-	-	-	-	-	.55
22	Wahndynamik	-.70	-	-	-	-	-	-	-	-	.56
23	systemat. Wahn	-.63	-	-	-	-	-	-	-	-	.43
24	Schuldwahn	-	-	-	-	-	.37	-	-	-	.23
25	hypochondr. Wahn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.08
26	Verarmungswahn	-	-	-	-.20	-	.34	-	-	-	.18
27	Größenwahn	-	-	-	-	-.36	-	-	-	-	.16
28	Gedankenentzug	-.24	-	-	-	-	-	-	-	-	.11
29	Gedankeneingebung	-.47	-	-	-	-	-	-	-	-	.26
30	sonst. Fremdbeeinfl. Erlebnisse	-.55	-	-	-	-	-	-	-	-	.36
31	andere Persönlichkeitsstörungen	--	-	-	-	-	-	-	-	-	.03
32	ratlos	-	-.23	-.22	-	-	.31	-	.30	-	.34
33	gefühlsverarmt	-	-	-	-	-	-	-	.48	-	.26
34	Gefühl d. Gefühllosigk.	-	-	-	-	-	.31	-	.21	-	.17
35	Störung d. Vitalgef.	-	-	-	.27	-	.51	-	-	-	.39
36	deprimiert/traurig	-	-	-	-	.26	.64	-	-	-	.57
37	hoffnungslos	-	-	-	-	-	.61	-	-	-	.43

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	katatom	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
38	ängstlich	-	-	-	-	-	.57	-	-	-	.43
39	gehoben	-	-	-	-	-.76	-	-	-	-	.64
40	mürrisch, gereizt	-	-	-	-	-	-	-	-	.55	.34
41	mißtrauisch	-.26	-	-	-	-	-	-	-	.58	.44
42	gespannt	-.22	-	-	-	-	.28	-	-	.50	.42
43	innerlich unruhig	-	-	-	-	-	.50	-	-	.33	.45
44	klagsam	-	-	-	.26	-	.36	-	-	-	.29
45	antriebsgesteigert	-	-	-	-	-.61	-	-	-.25	.33	.59
46	motorisch unruhig	-	-	-.32	-	-.44	-	-	-.20	-	.47
47	Parakinesen	-	-	-	-	-	-	-	-	.25	.08
48	negativistisch	-	-.42	-	-	-	-	-	-	-	.27
49	maniriert	-	-	-	-	-.39	-	.21	-	-	.25
50	Sprachzerfall	-	-	-	-	-.25	-	-	-	.22	.14
51	logorrhoisch	-	-	-	-	-.61	-	-	-	-	.44
52	and. psychomotor. Stör.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03
53	abends besser	-	-	-	-	-	.39	-	-	-	.23
54	morgens besser	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.04
55	nächtl. Exazerbationen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.08
56	andere Verlaufsbesonderheiten	--	-	-	-	-	-	-	-	-	.06
57	Kontakt vermindert	-	-.31	-	-	-	-	-	.46	-	.40

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	katatan	psycho-organisch	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
58	Kontakt vermehrt	-	-	-	-	-.65	-	-	-	.24	.46
59	Krankheitsgefühl	-	-	-	.24	-	.35	-	-	-	.32
60	Gedächtnisstörungen	-	-	-.58	-	-	-	-.20	.28	-	.51
61	Konfabulationen	-	-	-.62	-	-	-	-	-	-	.43
62	andere Gedächtnisstör.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.02
63	gehemmt	-	-.32	-	-	-	.24	-	.51	-	.43
64	gesperrt	-	-.41	-	-	-	-	-	.26	-	.28
65	verlangsamt	-	-	-	-	-	-	-	.62	-	.49
66	eingeengt	-	-	-	-	-	.32	-	.39	.23	.35
67	umständlich	-	.20	-.21	-	-	-	-	.45	-	.31
68	perseverierend	-	-	-.25	-	-	-	-	.28	.32	.26
69	beschleunigt	-	-	-	-	-.70	-	-	-	.21	.60
70	Vorbeireden	-.23	-	-.41	-	-.28	-	-	-	.29	.42
71	inkohärent	-.30	-	-.42	-	-.42	-	-	-	.27	.54
72	Gedankenabreißen	-.30	-	-	-	-.22	-	-	-	-	.22
73	and. Denkstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.01
74	Hypochondrie	-	-	-	.21	-	-	-	-	-	.11
75	Beziehungswahn	-.65	-	-	-	-	-	-	-	-	.47
76	Beeint.-Verfolg.Wahn	-.67	-	-	-	-	-	-	-	.21	.53
77	Eifersuchtswahn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	kataton	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
78	anderer Wahn	-.21	-	-	-	-	-	-	-	-	.09
79	Illusionen	-.24	-	-	-	-	-	-	-	-	.12
80	Stimmenhören	-.55	-	-	-	-	-	-	-	-	.31
81	and. akust. Halluzin.	-.47	-	-	-	-	-	-	-	-	.27
82	opt. Halluzinationen	-.40	-	-.24	-	-	-	-	-	-	.27
83	Körperhalluzinationen	-.40	-	-	-	-	-	-	-	-	.19
84	Geruchs- Geschmacks-halluzinationen	-.36	-	-	-	-	-	-	-	-	.14
85	andere Störungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03
86	Stör. d. Ichidentität	-.35	-	-	-	-	-	-	-	-	.23
87	and. Entfremdungserl.	-.25	-	-	-	-	-	-	-	-	.11
88	Autismus	-.20	-.26	-	-	-	-	.20	.30	-	.29
89	Gedankenausbreitung	-.34	-	-	-	-.35	-	-	-	-	.27
90	läppisch	-	-	-	-	-.32	-	-	-	-	.15
91	ekstatisch	-	-	-	-	-.53	-	-	-	-	.34
92	Insuffizienzgefühl	-	-	-	-	-	.55	-	-	-	.41
93	gestört. Selbstwert-gefühl	-	-	-	-	.61	-	-	-	-	.43
94	Schuldgefühl	-	-	-	-	-	.51	-	-	-	.30
95	Verarmungsgefühl	-	-	-	-	-	.46	-	-	-	.26
96	ambivalent	-	-	-	-	-	-	.25	-	.27	.17
97	affektiv inadäquat	-	-	-	-	-.38	-.22	-	-	.25	.29

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	kataton	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
98	affektlabil	-	-	-	-	-	-	-	-	.23	.14
99	affektinkontinent	-	-	-	-	-	-	-	-	.27	.13
100	affektstarr	-	-.30	-	-	-	-	-	-	-	.36
101	and. Gefühlsstör.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03
102	antriebsarm	-	-	-	-	-	.24	-	.48	-.20	.41
103	antriebsgehemmt	-	-.28	-	-	-	.27	-	.32	-	.28
104	stuporös	-	-.59	-	-	-	-	-	-	-	.37
105	mutistisch	-	-.62	-	-	-	-	-	-	-	.43
106	Mangel an Krankheitsgefühl	-	-	-	-	-.24	-.20	-	-	.45	.36
107	Mangel an Krankheitseinsicht	-	-	-	-	-	-	-	-	.50	.36
108	Ablehnung d. Behandl.	-	-	-	-	-	-	-	-	.57	.39
109	Suicidtendenzen	-	-	-	-	-	.38	-	-	-	.22
110	Suicidhandlungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.08
111	Selbstbeschädigungstendenzen	-	-	-	-	-	-	.29	-	-	.12
112	Aggressionstendenzen	-	-	-	-	-	-	-	-	.48	.30
113	Aggressionshandlungen	-	-	-	-	-	-	-	-	.40	.22
114	Sexualität gesteigert	-	-	-	-	-.35	-	-	-	-	.16
115	Sexualität vermindert	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.15
116	sex. Triebabweichungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	kataton	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
117	Nahrungsablehnung	-	-.41	-	-	-	-	-	-	-	.20
118	ißt nicht selbständig	-	-.55	-.25	-	-	-	-	-	-	.37
119	unselbständig in Körperpflege	-	-.54	-.31	-	-	-	-	-	-	.39
120	läßt unter sich	-	-.24	-	-	-	-	-	-	-	.09
121	Beschäftigung erschw.	-	-.26	-	-	-	-	-	-	-	.15
122	bettlägrig	-	-.56	-.21	-	-	-	-	-	-	.37
123	and. Störungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.05
124	Einschlafstörungen	-	-	-	.34	-	.43	-.25	-	-	.41
125	Durchschlafstörungen	-	-	-	.31	-	.46	-.25	-	-	.42
126	Verkürzung d. Schlafdauer	-	-	-	.27	-	.32	-.23	-	-	.30
127	Einschlafneig. am Tag	-	-	-	.25	-	-	-	-	-	.12
128	Müdigkeit	-	-	-	.35	-	.25	-	.20	-	.25
129	verstärkte Traumtätigkeit	-	-	-	.30	-	-	-	-	-	.13
130	andere Störungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.05
131	Appetit vermindert	-	-	-	.37	-	.42	-	-	-	.37
132	Appetit vermehrt	-	-	-	-	-.32	-	-	-	-	.11
133	Durst vermehrt	-	-	-	.51	-	-	-	-	-	.28
134	andere Störungen	-	-	-	.21	-	-	-	-	-	.06

Fortsetzung Tabelle A12

Nr.	Symptom	paranoid	kataton	psycho-organ.	somat.	manisch	depr.	Zwang	apath.	Hostilität	Kommunalität
135	Nasenatmung behindert	-	-	-	.21	-	-	-	-	-	.06
136	Hypersalivation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.03
137	Menstruationsstörungen	-	-	-	-	-	-	-	.20	-	.10
141	Übelkeit	-	-	-	.56	-	-	-	-	-	.34
142	Erbrechen	-	-	-	.45	-	-	-	-	-	.22
143	Obstipation	-	-	-	.25	-	.33	-	-	-	.21
144	Diarrhoe	-	-	-	.40	-	-	-	-	-	.18
145	Miktionserschwerung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.05
146	Hitzegefühl	-	-	-	.44	-	-	-	-	-	.21
147	Frösteln	-	-	-	.43	-	-	-	-	-	.19
148	Flush	-	-	-	.25	-	-	-	-	-	.07
149	Schwitzen	-	-	-	.52	-	-	-	-	-	.28
150	Atemstörungen	-	-	-	.30	-	-	-	-	-	.12
151	Kopfdruck o. ä.	-	-	-	.41	-	-	-	-	-	.22
152	Herzsensationen	-	-	-	.40	-	-	-	-	-	.19
153	Schwindel	-	-	-	.49	-	-	-	-	-	.26
154	Kollaps	-	-	-	.36	-	-	-	-	-	.14
155	andere	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.05

Tabelle A13

Eigenwertverlauf der Faktoren bei der Faktorenanalyse der Depressivenstichprobe (N=301) mit 77 Symptomen
Hauptkomponentenverfahren

Faktor	Eigenwert	Prozent der Gesamtvarianz	kumulativ	graphische Darstellung des Eigenwertverlaufs
1	7.14	9.3	9.3	----------
2	4.63	6.0	15.3	---------
3	3.85	5.0	20.3	--------
4	3.31	4.3	24.6	------
5	2.50	3.2	27.8	-----
6	2.18	2.8	30.7	----
7	2.05	2.7	33.3	----
8	1.97	2.6	35.9	----
9	1.90	2.5	38.4	----
10	1.80	2.3	40.7	----
11	1.71	2.2	42.9	---
12	1.65	2.1	45.1	---
13	1.58	2.1	47.1	---
14	1.50	1.9	49.1	---
15	1.46	1.9	50.9	---

Tabelle A14

Varimax-rotierte Faktorladungen ab 0.2 der 77 Symptome auf 9 Syndromfaktoren bei der Depressiven--Stichprobe (N=301)

Symptom	Faktor 1 apathisch	2 somat.	3 Schuld	4 vegetat.	5 paranoid	6 psycho-organ.	7 depr.	8 agi-tiert	9 hypo-chondr.	Kommu-nalität
Auffassungsstörungen	.29	-	-	-	-	.47	-.20	-	-	.43
Konzentrationsstör.	.37	.28	-	.31	-	.43	-	-	-	.57
Merkfähigkeit	-	.38	-	.30	-	.57	-	-	-	.60
überwertige Ideen	-	-	-	-	-	.39	-	-	-	.19
Zwangsdenken	-	-	.28	-	-	-	-	-	-	.17
Wahnstimmung	-	-	.40	-	.31	-	-	-	-.33	.38
Schuldwahn	-	-	.71	-	-	-	-	-	-	.53
Verarmungswahn	-	-	.76	-	-	-	-	-	-	.60
ratlos	.36	-	-	-	-	.23	.46	-	-	.43
affektarm	.24	-	-	-	-	-	-	-.31	-	.26
Gefühl d. Gefühllosigkeit	.29	.27	-	-	-.25	-	-	-	-	.27
Störung d. Vitalgefühle	.21	.57	-	-	-	-	.23	-	-	.49
deprimiert/traurig	.32	.23	.13	-	-.32	-	.47	-	-	.52
hoffnungslos/verzweifelt	.20	-	.29	-	-	-	.55	-	-	.46
ängstlich	-	.22	.24	-	-	-	.48	-	-	.42
mürrisch,gereizt	-	-	-	-	.41	-	-	-	.40	.40
mißtrauisch	-	-	-	-	.50	-	-	-	-	.34

Fortsetzung Tabelle A14

Symptom	Faktor 1 apathisch	2 somat.	3 Schuld	4 vegetat.	5 paranoid	6 psycho-organ.	7 depr.	8 agi-tiert	9 hypo-chondr.	Kommu-nalität
gespannt	-	-	-	-	.29	-	.35	.26	-	.33
innerl. unruhig	-	.23	-	-	-	-	.45	.50	-	.54
klagsam, jammerig	-	-	-	-	-	-	-	.22	.48	.33
antriebsgesteigert	-	-	-	-	.24	-	-	.67	-	.57
motorisch unruhig	-	.23	-	-	-	.26	-	.52	-	.45
logorrhoisch	-	-	-	-	.26	-	-	.44	.22	.35
abends besser	.25	.31	-	-	-.30	-	-	-	-	.30
Kontakt vermindert	.59	-	-	-	-	-	-	-.21	-	.47
Krankheitsgefühl	-	.31	-	-	-.24	-	-	-	.36	.33
Intelligenzstörung	-	-	-	-.33	-	-	-	-	-	.16
Gedächtnisstörungen	-	.26	-	.38	-	.60	-	-	-	.58
gehemmt	.69	-	-	-	-	-	-	-	-.23	.59
verlangsamt	.53	-	.21	-	-	.28	-	-.25	-	.52
eingeengt	.54	-	.34	-	-	.22	-	-	-	.52
umständlich	-	-	-	-	-	.59	-	-	-	.41
perseverierend	-	-	-	-	.20	.59	-	-	.30	.51
beschleunigt	-	-	-	-	-	-	-	.55	-	.33
inkohärent	-	-	-	-	.38	.50	-	-	-	.46
Hypochondrie	-	-	-	-	-	.23	-.23	-	.55	.44

Fortsetzung Tabelle A14

Symptom	Faktor 1 apathisch	2 somat.	3 Schuld	4 vegetat.	5 paranoid	6 psycho-organ.	7 depr.	8 agi-tiert	9 hypo-chond.	Kommu-nalität
Beziehungswahn	-	-	-	-	.22	-	-	-	-.34	.19
Beeinträcht.Verf.Wahn	-	-	.28	-	.45	-	-	-	-	.38
Insuffizienzgefühl	.27	.21	-	-	-.32	-	.38	-	-	.40
Schuldgefühl	.24	-	.52	-	-	-	.27	-	-	.43
Verarmungsgefühl	-	-	.67	-	-	-	-	-	-	.49
ambivalent	.30	-	-	-	.24	-	.27	-	-	.25
affektiv inadäquat	-	-	-	-	.46	-	-	-	-	.33
affektlabil	-	-	-	-	-	-	.39	-	-	.21
affekt inkontinent	-	-	-	-	-	-	.40	-	-	.18
affektstarr	.65	-	-	-	-	-	-	-	-	.49
antriebsarm	.45	.21	-	-	-	-	-	-.41	-	.48
antriebsgehemmt	.44	-	-	-	-	.23	-	-	-	.32
Mangel an Krankheitsgef.	.29	-	-	-	.53	-	-	-	-	.44
Mangel an Krankheitseins.	.38	-	.25	-	.50	-	-	-	-	.50
Ablehn. der Behandlung	-	-	-	-	.41	-	-	-	-	.27
Suicidtendenzen	-	.26	-	-	-	-	.46	-	-	.37
Suicidhandlungen	-.21	-	-	-	-	-	.36	-.26	-	.28
Sexualität vermindert	-	.30	-	-	-	-	-	-	.26	.21
Nahrungsablehnung	.24	-	.35	-	.28	-.28	-	-	-	.39

Fortsetzung Tabelle A14

Symptom	Faktor 1 apathisch	2 somat.	3 Schuld	4 vegetat.	5 paranoid	6 psycho-organ.	7 depr.	8 agi-tiert	9 hypo-chondr.	Kommu-nalität
Beschäftigung erschwert	.30	-	-	-	-	.31	-	-	-	.23
Einschlafstörung	-	.74	-	-	-	-	-	-	-	.57
Durchschlafstörung	-	.73	-	-	-	-	-	-	-	.57
Verkürzung d. Schlafd.	-	.49	-	-	-	-	.23	-	-	.32
Einschlafneig. am Tage	-	-	-	-	-	.28	.40	-.25	-	.37
Müdigkeit	-	.24	-	.38	-	-	-	-.22	-	.33
verstärkte Traumtätigkeit	-	.23	-	.20	-	-	-	-	-	.15
Appetit vermindert	.21	.50	-	.25	-	-	-	-	-	.42
Durst vermehrt	-	.28	-	.27	-	-	-	-	-	.25
Mundtrockenheit	.36	-	-	-	-	-	-	-	.21	.27
Übelkeit	-	-	-	.67	-	-	-	-	-	.52
Erbrechen	-	-	-	.63	-	-	-	-	-	.47
Obstipation	-	.42	-	-	-	-	-	-	-	.27
Miktionserschwerung	-	.24	.29	-	-	-	-	-	-	.18
Hitzegefühl	.21	-	-	.24	-.26	-	-	.32	-	.32
Frösteln	-	-	-	.50	-	-	-	.23	-	.41
Schwitzen	-	-	-	.52	-	-	-	-	-	.43
Atemstörungen	-	-	-	-	-	-	-	-	.38	.17
"Kopfdruck" o. ä.	-	-	-	-	-	-	-	-	.47	.32
Herzsensationen	-	-	-	-	-	-	-	-	.43	.27

Fortsetzung Tabelle A14

Symptom	Faktor									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	apathisch	somat.	Schuld	vegetat.	paranoid	psycho-organ	depr.	agi-tiert	hypo-chondr.	Kommu-nalität
Schwindel	-	-	-	.52	-	-	-	-	.40	.45
Kollaps	-	-	-	.52	-	-	-	-	-	.36

Tabelle A15

6 Anamnese-Faktoren aus 52 Merkmalen bei der Depressiven-Stichprobe (N=301)
Varimax-rotierte Faktorladungen ab 0.2

Merkmal	1 Alter	2 kleiner Haushalt	3 soz. Ein-ordn. gestört	4 Suicid	5 Störung in d. Kindheit	6 Krankheits-dauer	Kommu-nalität
religiös,weltanschaul. Bindung	-	-	-	-	-	-	.08
Alter in Jahren	.74	-	-	-	-.26	-	.70
Geschlecht	.30	-	-	-	.23	-	.16
Alter bei Heirat in Jahren	-	-	-	-	-.26	-	.13
Aufnahme veranlaßt durch Arzt	-	-	-	-.64	-	-	.42
Aufnahme veranlaßt durch Familie	-	-	-	.20	-	-	.08
Halbgeschwister	-	-	-	-	.35	-	.16
Aufnahme veranlaßt d. Behörde	-	-	-	.54	-	-	.30
ledig	-.53	.37	-	-	-	-	.45
verheiratet	-	.69	-	-	-	-	.53
geschieden, getrennt	.52	.41	-	-	-	.26	.54
Berufsausbildung	-.35	.22	-	-	-.34	-	.32
Beschäftigung bis vor	.63	-	-	-	-	-	.44
Soziale Einordnung gestört am Arbeitsplatz	-	-	.70	-	-	.23	.62
Soz. Einordn. gest. in d. Öffl.k.	-	-	.75	-	-	.24	.62
Soz. Einordn. gest. in d. Wohngem.	-	-	.77	-	-	.21	.68
sprachliche Einordnung	.34	-	.30	-	.24	-	.26

Fortsetzung Tabelle A15

Merkmal	1 Alter	2 kleiner Haushalt	3 soz.Ein-ordn.gestört	4 Suicid	5 Störung in d.Kindheit	6 Krankheits-dauer	Kommu-nalität
Entwicklung bis 18 Jahre in der Großstadt	-	-	-	.27	-	-	.13
Entwicklung bis 18 Jahre in wechselnd. Umgebung	-	-	-	-	.20	-	.06
Schulschwierigkeiten	-.26	-	-	-	-	-	.08
berufliche Schwierigkeiten	-.20	.30	-	-	-	-	.14
Einstellung zur berufl. Situation	-	.20	-	-	-	-	.13
Haushalt Personen	-.20	-.61	-	-	-	-	.45
Wohnung Einstufung	-	.32	-	-.21	.28	-	.26
Wohnung Art	-.20	.53	-	-	.24	-	.42
Wohnhaus	-	.66	-	-	-	-	.50
Zahl d. Manifestationen	-	-	-	-	-	.68	.47
Zahl d. Aufnahmen in psych. Anstalt	-	-	-	-	-	.66	.49
Erstmanifestation in Jahren	.69	-	-	-	-.20	-.30	.64
Psych.Erkr. bie Verw. 1.Grad.	-	-	-	-	-	-	.10
Psych.Erkr. ferner Verwandter	-	-	-	-	-.20	-	.05
Störungen in d. Kindheit	-.23	-	-	-	.63	-	.50
engste Bindung an	-	-	-	-	-	-	.07
unehelich	-	-	-	-	.41	-	.19

Fortsetzung Tabelle A15

Merkmal	1 Alter	2 kleiner Haushalt	3 soz.Ein-ordn.gestört	4 Suicid	5 Störung in d.Kindheit	6 Krankheits-dauer	Kommu-nalität
Trennung der Eltern	-	-	-	-	.34	-	.14
Pflege-, Stiefkind	-	-	-	-	.52	-	.29
Tod Vater, od. Trennung bis 15 Jahre	-	-	-	-	.52	-	.29
Tod Mutter, od. Trennung bis 15 Jahre	-	-	-	-	.44	-	.23
früher Alkoholabusus	-	-	.41	-	-	-	.23
früher psych Stör. älter als 15 Jahre	-	-	-	-	-	.53	.34
Verlauf intermittierend	-.26	-	-.20	-	.29	.38	.36
Verlauf chronisch	-	-	.32	-	.22	-.36	.35
Verlauf progredient	.32	-	-	.33	-	-.27	.36
Belastung somatisch	.22	-	.29	-	-	-	.15
Krankheitsdauer seit Erst-manifestation in Jahren	-	-	-	-	-	.63	.44
früher Sedat.-Analg.abusus	-	-	.42	-	-	-	.21
früher Suicidversuch	-	-	-	.60	-	.23	.45
Anzahl sicherer SV	-	-	-	.69	-	-	.53
jezt Suicidversuch	-	-	-	.58	-	-	.41
Belastung psychisch	-	-	-	.32	.23	-.24	.22
Dauer bis Aufnahme	-	-	-	-.24	-	-.23	.17
Symptomatik d. letzten Woche	-	-	-	.24	-	-	.12

Tabelle A16

Altersstichprobe (Mindestalter 45 Jahre): Vergleich endogen (E) - neurotisch (N) - Involutionsdepression (I) bei 9 Syndromfaktoren (S) und 6 Anamnesefaktoren (A)
t-Test für varianzheterogene Stichproben
x=5%, xx=1%, xxx=0.1% Irrtumswahrscheinlichkeit

Faktor	S=Syndrom	Mittelwerte I n=102	N n=17	E n=41	Irrtumswahrscheinlichkeiten I/N	N/E	I/E
S1	apathisch	-.80	-.32	.44	.24	.004xx	.008xx
S2	somatisch	.06	-.25	.54	.13	.002xx	.013x
S3	Schuld-Verarm.	.13	-.22	.28	.02x	.014x	.48
S4	vegetativ	-.17	.35	.08	.30	.60	.18
S5	paranoid-feind-	.02	-.13	-.54	.58	.04x	.000xxx
S6	psychoorgan.	.25	-.28	.17	.005xx	.018x	.67
S7	depressiv	-.11	-.08	.14	.92	.48	.15
S8	agitiert	.14	.40	.27	.48	.75	.44
S9	hypochondr.	.21	.13	.06	.73	.79	.32
	A=Anamnese						
A1	Alter	.64	.14	.10	.02x	.84	.000xxx
A2	kleiner Haush.	.06	.59	-.02	.05x	.03x	.62
A3	soz.Einord.ge- stört	-.13	.17	-.12	.16	.21	.94
A4	Suicidalität	-.17	.02	-.19	.36	.37	.90
A5	Störungen in d.Kindheit	-.12	.07	-.48	.54	.09	.02x
A6	Krankheits- dauer	-.03	-.35	.42	.11	.001xxx	.01xx

Verwendete EDV-Programme:

Dixon W.J., Berkeley, 1975:
BMDP1D (einfache beschreibende Statistiken)
BMDP3D (t-Tests)
BMDP1F (Chi^2 und Fishers exakte Wahrscheinlichkeiten)

Nie N.H., Hull C.H., Jenkins J.G., Steinbrenner K., Bent D.H., SPSS Statistical Package for Social Sciences, New York, 1975, (deutsche Kurzbeschreibung: Beutel P., Küffner H., Röck E., Schubö W., Stuttgart, 1976):
Regressionsanalysen
Diskriminanzanalysen
kanonische Korrelationen

Schubö W., MIS3, in CIPP Computerbibliothek der Institute für Psychologie und Pädagogik der Universität München (Missing-Data-Korrelationen)

Hakstian A.R., Bay K.S., AGFAP Alberta General Factor Analysis Program, University of Alberta, 1972

Sulz K.D., Datenprüfprogramme

Literaturverzeichnis

Angst J., Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen, Berlin, 1966

Angst J., Battegay R., Bente D., Berner P., Broeren W., Cornu F., Dick P., Engelmeier M.P., Heimann H., Heinrich K., Helmchen H., Hippius H., Pöldinger W., Schmidlin P., Schmitt W., Weis P.: Das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP), Arzneimittel Forschung 19, 1969, S.399-405

Angst J., Perris C., Zur Nosologie endogener Depression: Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie 210, 1968, S.373-386

Baumann U., Psychologische Taxometrie, Bern, 1971

Baumann U., Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen, Arch. Psychiatr. Nervenkr. 219, 1974, S.89-103

Beck A.T., Reliability of psychiatric diagnosis: A critique of systematic studies, American Journal of Psychiatry 119, S.210-216

Behrends K., Flegel H., Helmchen H., Hippius H., Höffken K.D., Schacht L., Schulte P.W., Quantifizierung psychotischer Symptome unter transkulturellen Aspekten, Soc. Psychiat. 6, 1971, S.66-72

Bender W., Studie zur Reliabilität und differentiellen Validität der Lorr-Skala (IMPS), Dissertation Univ. Hamburg, 1974

Bleuler E., Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, 1972, 12. Auflage

Carney M.W.P., Roth M. & Garside R.F., The diagnosis of depressive symptoms and the prediction of E.C.T.response, Brit. Journ. of Psychiat. 111, 1965, S.659-674

Costello C.G., Classification and Psychopathology, in Symptoms of Psychopathology (ed. Costello C.G.), 1970, S.1-26

Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G., Mombour W., Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatr. Krankheiten, Berlin, 1975

Dixon W.J., BMDP Biomedical Computer Programs, Berkeley, 1975

Ellis A., Should some people be labeled mentally ill?, Journal of Consult. Psych. 31, 1967, S.435-446

Everitt B.S., Cluster Analysis, London, 1974

Eysenck H.J., The classification of depressive illness, Brit. Journ. Psychiat., 1970, S.241-250

Fleiss J.L., The measurement and classification of depression, Annual Rev. Psychol., 1975

Friedman A.S., Cowitz B., Cohen H.W., Granick S., Syndroms and themes of psychotic depression, Arch. Gen. Psychiatry 9, 1963, S.504

Goffman E., Stigma - Über Technik der Bewältigung beschädigter Identität, Frankfurt, 1967

Grinker R.R., Miller J., Sabshin M., Nunn R., Nunally J.C., The phenomena of depression, New York, 1961

Hamilton M. & White J.M., Clinical syndromes in depressive states, Journal ment. Sci. 105, 1959, S.985-997

Hentschel U., Schubö W., v.Zerssen D., Diagnostische Klassifikationsversuche mit zwei standardisierten psychiatrischen Schätzskalen, Arch. Psychiatr. Nervenkr. 221, 1976, S.283-301

Holley J.W., On the generalization of the best reciprocity principle, Multivariate Behavioral Research Vol. 5, 1970, S.159-175

Hope K., Elementary statistics, Pergamon Press, 1967

Jacobi P., Untersuchungen zur Faktorenstruktur, Zuverlässigkeit und Gültigkeit einer deutschen Bearbeitung der IMPS nach Lorr, Dissertation Univ. Hamburg, 1974

Kendell R.E., The classification of depressive illness, London, 1968

Kendell R.E., Teh role of diagnosis in psychiatry, Oxford, 1975

Kendell R.E., The classification of depression: A review of contemporary confusion, Brit. Journ. Psychiat. 129, 1976, S.15-28

Keupp H., Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München, 1972

Keupp H., Modellvorstellungen und Verhaltensstörungen,in Ch. Kraiker: Handbuch der Verhaltenstherapie, München, 1974

Kielholz P., Klassifizierung der depressiven Verstimmungszustände,in Hippius H. und Selbach H.: Das depressive Syndrom, München, 1969

Kiloh 1.G. & Garside R.F., The independence of neurotic depression and endogenous depression, Brit. Journ. Psychiat. 109, 1963, S.451-463

Laing R.D., The politics of experience, London, 1967

Leiber B., Die Nosologie auf dem Wege zu neuen Ordnungssystemen: Syndrome und Syndromatologie, Internist 16, 1975

Lorr M., Klett C.J., McNair D.M., Lasky J.J., Inpatient multidimensional psychiatric scale (IMPS), Palo Alto, 1963

Menninger K., The Vital Balance: the life process in mental health and illness, New York, 1963

Mombour W., Gammel G., v.Zerssen D., Heyse H., Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopatholog. Befundes, Nervenarzt 44, 1973, S.352-358

Mombour W., Syndrome bei psychiatrischen Erkrankungen, Arch. Psychiatr. NervenKr. 219, 1974, S.331-350

Overall J.E., Hollister L.E., Johnson M., Pennington V., Nosology of depression and differential response to drugs, Journal of the American Medical Association 195, 1966, S.946-950

Paykel E.S., Classification of depressed patients: a cluster analysis derived grouping, Brit. Journ. Psychiat. 118, 1971, S.275-288

Pichot P., Überlegungen zur Faktorenanalyse des depressiven Syndroms,in Hippius H. und Selbach H.: Das depressive Syndrom, München, 1969

Pollitt J.D., Suggestions for a physiological classification of depression, Brit. Journ. of Psychiat. 111, 1965, S.489-495

Prusoff B. & Klerman G.L., Differentiating depressed from anxious neurotic outpatients, Arch. Gen. Psychiatry Vol. 30, 1974

Sarbin T.R., On the futility of the proposition that some people be labeled "mentally ill", Journal of Consult Psych. 31, 1967, S.447-453

Scharfetter Ch., Das AMP-System, Manual zur Dokumentation psychiatr. Befunde, Berlin, 1972

Schmidt H.O. & Fonda C.P., The reliability of psychiatric diagnosis: a new look, in Quay H.C.: Research on psychotherapy, Princeton, 1963, S.3-15

Schönemann P.H., A generalized solution of the orthogonal procrustes problem, Psychometrika 31, 1966, S.1-10

Schubö W., Hentschel U., v.Zerssen D. und Mombour W., Psychiatr. Klassifikation durch diskriminanzanalytische Anwendung der Q-Faktorenanalyse, Arch. Psychiatr. Nervenkr. 220, 1975, S.187-200

Schulte W., Tölle R., Psychiatrie, Berlin, 1975

Siegel S., Nonparametric statistics for the behavioral sciences, New York, 1956

Stenstedt A., Involutional melancholia: an etiological, clinical and social study of endogenous depression in later life, with special reference to genetic factors, Acta psychiat. scand., Suppl. 127, 1959

Strömgren E. Klassifizierung der Depressionen, in Hippius H. und Selbach H.: Das depressive Syndrom, München, 1969

Szasz T.S., The myth of mental illness, American Psychologist 15, 1960, S.113-118

Überla K., Faktorenanalyse, Berlin, 1968

Ullmann L.P., Krasner L., A psychological approach to abnormal behavior, New York, 1969

Victor N., A nonlinear discriminant analysis, Comp. Progr. Biomed. 2, 1971, S.36

Ward C.H., Beck A.T., Mendelson M., Mock J.E., Erbaugh J.K., The psychiatric nomenclature: reasons for diagnostic disagreement, Arch. Gen. Psychiat. 7, 1972, S.198-205

Weckowicz T.,A multidimensional theory of depression, in Multivariate analysis and psychological theory, edit. Royce J.R., London, 1973

Wegscheider R., Empirische Diagnostik aufgrund klinischer Schätzskalen, unveröffentlichte Diplomarbeit, Psycholog. Inst. Uni. München, 1977

Winokur G., Clayton P.J., Reich T., Manic depressive illness, St. Louis, 1969

Zigler E. & L. Philips, Psychiatric diagnosis: A critique, Journal of Abn. and Soc. Psych. 63, 1961, S.69-75

Zubin J., Classification of the behavior disorders, Annual Review of Psychology 19, 1967, S.373-401

Barbara Blume-Sulz

Lebenslauf

Am 3.Dezember 1952 wurde ich als zweites Kind des Josef und der Cäcilie Blume in München geboren. 1959 wurde ich in die Grundschule München Moosach eingeschult. 1965 trat ich in die Realschule der Englischen Fraulein in Nymphenburg über, wo ich bis zur Mittleren Reife im Jahre 1969 blieb.
Meine damaligen Lehrer empfahlen mir eine Weiterführung meiner Schulausbildung. Deshalb legte ich in der Anne-Frank-Realschule in München Pasing ein Übergangsjahr ab, um den Anschluß an die Gymnasialoberstufe vor allem in Fremdsprachen und Mathematik zu gewinnen. Von 1970 bis zur Ablegung der Reifeprüfung 1973 besuchte ich das Städtische Sophie-Scholl-Gymnasium in München.
Seit Oktober 1974 bin ich verehelicht.
Ab 1973 studierte ich an der Universität München Medizin, unterstützt durch ein Stipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes. Ab April 1979 absolvierte ich das Internatsjahr, zunächst in der Nervenklinik der Universität, dann in der I. Medizinischen Klinik Augsburg und von Dezember 1979 bis Februar 1980 in der Chirurgischen Klinik der Universität München.
Am 6.Mai diesen Jahres habe ich das Medizinstudium abgeschlossen.

München, am 10. Mai 1980